



# Process and outcome study of prisonbased registration points

Belspo – Federal Research Program on Drugs

01/12/2014 – 31/10/2016

## ***Promotoren / Promoteurs***

Stijn Vandeveld, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Benjamin Mine & Eric Maes

## ***Onderzoekers / Chercheurs***

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

## ***Buitenlandse partner / Partenaire étranger***

Charlie Lloyd  
University of York, Department of Health Sciences

Universiteit Gent  
Nationaal Instituut voor Criminologie en Criminalistiek



## INHOUDSTAFEL

Woord vooraf.....	vi
Lijst van gebruikte afkortingen.....	viii

### **DEEL I: INLEIDING ..... 1**

1. Situering van het onderzoek .....	1
1.1. Situatie in de Europese gevangenissen .....	1
1.1.1. (Drug)hulpverlening .....	1
1.1.1.1. Interventies gericht op het verminderen van het gebruik .....	2
1.1.1.2. Interventies gericht op schadebeperking.....	2
1.1.1.3. Interventies gericht op verbinding met de maatschappij.....	4
1.2. Situatie in België .....	5
1.2.1. (Drug)hulpverlening .....	5
1.2.1.1. Interventies gericht op preventie en substitutie.....	6
1.2.1.2. Interventies gericht op therapie tijdens detentie .....	6
1.2.1.3. De aanmeldingspunten.....	7
1.2.1.3.1. De implementatie van het CAP in Vlaanderen.....	7
1.2.1.3.2. Het team van het CAP.....	8
1.2.1.3.3. L'implémentation des PCOA en Wallonie et à Bruxelles.....	8
1.2.1.3.4. Les équipes de Step by Step et du Prisme.....	9
1.2.1.3.5. De taken.....	10
1.3. Besluit.....	11
2. Onderzoeksvragen.....	13
3. Methodologie en planning .....	14
Referenties.....	16

### **DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK.....22**

#### **Hoofdstuk 1. Secundaire analyse van bestaande databanken van de centrale aanmeldingspunten.....22**

1.1. Inleiding .....	22
1.2. Methodologie .....	22
1.2.1. Dataverzameling.....	22
1.2.2. Analyse .....	23
1.3. Resultaten.....	24
1.3.1. Het CAP (Vlaanderen).....	24
1.3.1.1. Cliëntgegevens.....	24
1.3.1.2. Aanmeldingen.....	25
1.3.1.3. Doorverwijzingen.....	25
1.3.1.4. Resultaat doorverwijzingstraject .....	26
1.3.2. Le Prisme (Brussel) .....	27
1.3.2.1. Cliëntgegevens.....	27
1.3.2.2. Aanmeldingen.....	28
1.3.2.3. Doorverwijzingen.....	28
1.3.3. Step by Step (Wallonië).....	29
1.3.3.1. Cliëntgegevens (zie Tabel 8) .....	29
1.3.3.2. Aanmeldingen.....	29
1.3.3.3. Doorverwijzingen.....	30

1.3.4. Vergelijking van de verschillende centrale aanmeldingspunten voor het referentiejaar 2014 .....	30
1.3.4.1. Cliëntgegevens (zie Tabel 8) .....	30
1.3.4.2. Aanmeldingen .....	32
1.3.4.3. Doorverwijzingen .....	33
1.4. Conclusie .....	34
1.4.1. Aanmeldingen .....	34
1.4.2. Cliëntprofiel .....	34
1.4.3. Doorverwijzingen .....	35
Referenties .....	36
<b>Hoofdstuk 2. Prospectieve registratie van cliënten en registratie van tijdsinvesteringen .....</b>	<b>37</b>
2.1. Inleiding .....	37
2.2. Methodologie .....	37
2.2.1. Instrumenten .....	37
2.2.1.1. Registratieformulieren .....	37
2.2.1.2. Telefonische vragenlijst .....	38
2.2.2. Procedure .....	39
2.2.2.1. Registratieformulieren .....	39
2.2.2.2. Telefonische vragenlijst .....	39
2.3. Resultaten .....	40
2.3.1. Intakeregistratieformulier .....	40
2.3.1.1. Follow-up .....	41
2.3.1.2. Evaluatie intake registratieformulier .....	42
2.3.2. Registratieformulier cliëntgebonden activiteiten: Activiteiten en tijdsinvestering per cliënt .....	42
2.3.2.1. Het CAP .....	43
2.3.2.2. Le Prisme .....	44
2.3.2.3. Step by Step .....	45
2.3.3. Registratieformulier cliënt-overstijgende activiteiten: Volledig takenpakket .....	46
2.3.4. Telefonische vragenlijst .....	46
2.4. Conclusie .....	48
2.4.1. Registratie .....	48
2.4.2. Follow-up .....	48
2.4.3. Tijdsinvestering .....	49
Referenties .....	50
<b>Chapitre 3. Analyse rétrospective des bases de données disponibles .....</b>	<b>51</b>
3.1. Introduction .....	51
3.2. Echantillon, définition, mesure et période de suivi .....	52
3.2.1. Echantillon .....	52
3.2.2. Définition .....	52
3.2.3. Mesure de la récidive .....	56
3.2.4. Période de suivi .....	56
3.3. Résultats .....	56
3.3.1. Description de l'échantillon global (scénario 1 à 4) .....	56

3.3.2. Description de l'échantillon concerné par les analyses sur la récidive (scénario 2 à 4)	59
3.3.2.1. Analyse de la récidive	61
3.3.2.2. La récidive en termes de retour en prison	61
3.3.2.3. La récidive en termes de nouveau bulletin de condamnation	68
3.3.2.4. La récidive en termes de nouvelle affaire pénale signalée au parquet	74
3.4. Conclusion	79
Références	82

## **Chapitre 4. Les perceptions des acteurs concerné environ le fonctionnement des points centraux de contact**

### **Hoofdstuk 4. De percepties van de betrokkenen rond de werking van de aanmeldingspunten** 83

4.1. Introduction	83
4.2. Methodologie	83
4.3. Résultats	84
4.3.1. Résultats relatifs à l'échantillon francophone	85
4.3.1.1. Le quotidien professionnel des PCOA	86
4.3.1.1.1. Le travail de sensibilisation (réseautage et lobbying)	86
4.3.1.1.2. Le travail de terrain	89
4.3.1.1.3. Le travail administratif	90
4.3.1.2. Collaborations professionnelles et relations interpersonnelles	93
4.3.1.2.1. Le réseau de soins	93
4.3.1.2.2. Les acteurs de la Justice	94
4.3.1.3. Un public spécifique mais hétérogène (dans ses besoins/ses expériences)	96
4.3.1.4. Equivalence et continuité de soins vs Disparité et discontinuité de soins	99
4.3.1.4.1. La plus-value des PCOA	100
4.3.1.4.2. Les obstacles rencontrés par les PCOA dans l'accomplissement de leurs missions	103
4.3.1.4.3. Perception par rapport à l'orientation	105
4.3.1.5. Suggestions des acteurs rencontrés	107
4.3.2. Resultaten van de Vlaamse steekproef	108
4.3.2.1. De dagelijkse werking van het CAP	108
4.3.2.1.1. Bekendheid, netwerking en lobbying	108
4.3.2.1.2. Gesprekken	111
4.3.2.1.3. Doorverwijzing	114
4.3.2.2. Professionele en interpersoonlijke relaties	118
4.3.2.2.1. Het hulpverleningsnetwerk	118
4.3.2.2.2. De justitiële relaties met het JWW	119
4.3.2.3. Een specifiek, maar divers publiek in de noden en ervaringen	120
4.3.2.4. De toegevoegde waarde van het CAP	122
4.3.2.5. Obstacles voor het CAP bij het uitvoeren van hun taak	125
4.3.2.6. Suggesties tot verbetering	127
4.3.2.6.1. Meer tijd of een uitgebreider team	127
4.3.2.6.2. Meer middelen om efficiënter te kunnen werken	129
4.3.2.6.3. Aanpassen en/of uitbreiden van het takenpakket	130
4.3.2.6.4. Samenwerking	131
4.4. Conclusie	132

4.4.1. Wat is de toegevoegde waarde van de aanmeldingspunten? .....	132
4.4.2. Welke factoren verhinderen een optimale werking van de aanmeldingspunten?.....	132
4.4.3. Welke suggesties en aanbevelingen zijn er naar de toekomstige werking toe? .....	133
Referenties.....	134

## **Hoofdstuk 5. Haalbaarheidsstudie implementatie kortdurend groepsprogramma 'DRUGS de baas?!'** .....136

5.1. Inleiding .....	136
5.2. Methodologie .....	136
5.3. Eerste fase: Implementatie .....	137
5.3.1. Organisatie .....	137
5.3.2. Voorbereidende taken .....	138
5.3.2.1. Eenmalige voorbereidende activiteiten .....	138
5.3.2.2. Recurrente voorbereidende activiteiten .....	139
5.3.2.3. Doelgroep 'Drugs de baas?!' .....	140
5.3.2.4. Verwachtingen en doelstellingen volgens de deelnemers .....	140
5.3.2.4.1. Kennismaking 'DRUGS de baas?!' .....	141
5.3.2.4.2. Omschrijving 'DRUGS de baas?!' .....	141
5.3.2.4.3. Verwachtingen 'DRUGS de baas?!' .....	141
5.3.2.4.4. Motivatie voor 'DRUGS de baas?!' .....	141
5.4. Tweede fase: Procesevaluatie door alle betrokkenen .....	142
5.4.1. Groepssamenstelling.....	142
5.4.1.1. Drop-out .....	143
5.4.2. Programma.....	145
5.4.2.1. Groepssessies.....	145
5.4.2.2. Individuele gesprekken.....	146
5.4.2.3. Rol van het gevangenisleven .....	147
5.4.3. Ervaringen met het programma.....	148
5.4.3.1. Sterktes .....	148
5.4.3.2. Aanbevelingen .....	149
5.5. Motivatie van de deelnemers.....	151
5.6. Conclusie.....	151
5.6.1. Voortraject .....	151
5.6.2. Het vormingstraject.....	151
5.6.3. Nazorg .....	152
5.6.4. Wetenschappelijk onderzoek.....	152
5.6.5. Praktische en financiële modaliteiten voor de verdere implementatie van het programma.....	153
Referenties.....	155

## **DEEL III: CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN .....**156

6.1. Achtergrond en doelstellingen.....	156
6.1.1. Inleiding.....	156
6.1.2. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis.....	156

6.2. Algemene conclusies.....	158
6.2.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1).....	158
6.2.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5).....	158
6.2.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4).....	159
6.2.4. Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2-WP4).....	160
6.2.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5).....	163
6.2.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5).....	164
6.3. Aanbevelingen naar praktijk en beleid.....	164
6.3.1. Wetgeving en huidige beleidscontext.....	165
6.3.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking.....	167
6.3.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking.....	167
6.3.3.1. Informeren.....	167
6.3.3.2. Screening, assessment en case management.....	168
6.3.3.3. Motiveren.....	169
6.3.3.3.1. Motivatie voor begeleiding of behandeling bevorderen door de verdere implementatie van 'DRUGS de baas?!' (WP5).....	170
6.3.3.4. Doorverwijzen en opvolgen.....	171
6.3.3.5. Signaleren en registreren.....	171
6.3.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming.....	172
6.3.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid.....	173
6.3.5.1. Geïntegreerd zorgaanbod .....	173
6.3.5.2. Nazorg en opvolging.....	174
Referenties .....	175
 Bijlages.....	 182
Bijlage 1 Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig .....	182
Bijlage 2 Aangepast Intakeregistratieformulier Franstalig.....	189
Bijlage 3 Registratieformulier Activiteiten en tijdsinvestering per dossier.....	196
Bijlage 4 Enregistrement Activités & temps investi par dossier.....	201
Bijlage 5 Registratieformulier Activiteiten & tijdsinvestering cliënt-overstijgende Activiteiten.....	206
Bijlage 6 Enregistrement Activités & temps investi aux autres tâches que celles qui visent à solutionner les problèmes d'un bénéficiaire.....	213
Bijlage 7 Informed consent Cliënten Werkpakket 4.....	220
Bijlage 8 Telefonische Follow-up werkpakket 4 Nederlandstalig.....	225
Bijlage 9 Telefonische Follow-up werkpakket 4 Franstalig.....	230
Bijlage 10 Vragenlijst intakers Werkpakket 3.....	234
Bijlage 11 Vragenlijst justitie Werkpakket 3.....	238
Bijlage 12 Vragenlijst hulverlening Werkpakket 3 .....	241
Bijlage 13 Vragenlijst cliënten Werkpakket 3.....	244
 Samenvatting Nederlandstalig	
Samenvatting Franstalig	
Samenvatting Engelstalig	

## Woord vooraf

---

Voorliggend rapport beschrijft de resultaten van het onderzoeksproject 'PROces and Outcome Study of PrisonbasEd Registrationpoints (PROSPER)', gericht op de evaluatie van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenissen van Wallonië, Brussel en Vlaanderen. Dit onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid BELSPO en werd tevens mogelijk gemaakt dankzij een cofinanciering van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu én de Federale Overheidsdienst Justitie. De studie liep van 1 december 2014 tot en met 31 oktober 2016 en werd uitgevoerd door de onderzoekers van de Universiteit Gent (UGent), vakgroep Orthopedagogiek en vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC).

Het onderzoeksrapport bestaat uit drie delen. Deel I, de inleiding van het rapport, geeft een situering van het onderzoek weer, en bespreekt de onderzoeksvragen en een algemeen overzicht van de methodologie. Deel II focust op de resultaten van het onderzoek en is opgedeeld in vijf hoofdstukken. Elk hoofdstuk representeert één van de onderzoeksWerkPakketten (WP). Hoofdstuk 1, 2 en 5 werden door de Universiteit Gent uitgevoerd, en betreffen respectievelijk WP1: De secundaire analyse van bestaande databanken van de centrale aanmeldingspunten, WP4: De prospectieve registratie van cliënten en registratie van tijdsinvesteringen door personeel van de centrale aanmeldingspunten en WP5: De haalbaarheidsstudie m.b.t. de implementatie van een kortdurend groepsprogramma. Hoofdstuk 3 werd door het NICC uitgewerkt en betreft WP 2: De retrospectieve analyse van bestaande databanken m.b.t. drie recidive-indicatoren (het plegen van nieuwe feiten, herveroordelingen en heropsluiting in de gevangenis). Het vierde hoofdstuk betreft een analyse van de percepties van verschillende betrokkenen m.b.t. de werking van de aanmeldingspunten (WP3) en werd door de UGent en het NICC uitgewerkt. Het laatste deel van het rapport vat de inhoud van het rapport samen in de conclusies en geeft beleidsaanbevelingen mee inzake de werking van de centrale aanmeldingspunten.

Gezien de samenwerking tussen UGent en NICC werd ervoor gekozen het onderzoeksrapport afwisselend in het Frans en in het Nederlands op te stellen. De samenvatting van het rapport werd in het Nederlands, Frans en Engels ter beschikking gesteld.

Het onderzoeksteam wil hier graag een dankwoord richten aan de leden van het begeleidingsscomité. Hun kritische en constructieve feedback was van groot belang in dit onderzoek. Volgende personen maakten hier deel van uit: Alexandre Sébastien (Fedito Brussel), Colpaert Petra (FOD Justitie), Declercq Ilse (FOD Volksgezondheid), Dheedene Piet (MSOC Oostende), Defever Christel (FOD Justitie), Defiliet Tom (VAD), De Neve Jan (AZ Sint-Jan Campus Brugge), De Schutter Astrid (BELSPO), Doms Kurt (FOD Volksgezondheid), Glibert Philippe (FOD Justitie), Jadot Catherine (Step by Step), Laval Virginie (L'ambulatoire Forest), Meurant Kris (asbl Transit), Naji Aziz (BELSPO), Oosterlinck Tineke (Agentschap zorg en gezondheid), Patterson Neil (Steunpunt Algemeen Welzijnswerk), Plettinckx Els (WIV-ISP), Poulin Jérôme (Step by Step), Proot Luc (penitentiaire gezondheidsraad), Sannen Joke / Gittenaer Anke (Vlaamse Overheid, Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), Stas Luc (FOD Justitie), Storme Isabelle (FOD Justitie), Thoreau Christophe (Trempline), Vandevelde Dirk (De Kiem, VBVV), Vanhauwaert Rosita (BELSPO), Van Malderen Sara (regionaal coördinator drugbeleid gevangenissen), Vanthuyne Kaat (CAP). Aanvullend wensen we de leden van BELSPO en de Federale Overheidsdiensten te bedanken voor de aangename samenwerking: Aziz Naji (BELSPO); Kurt Doms (FOD Volksgezondheid) en Christel Defever (FOD Justitie).

Een oprechte dank u wel gaat verder uit naar de medewerkers van de aanmeldingspunten voor hun engagement en bereidwillige medewerking. Het onderzoeksteam is zich bewust van de extra inspanning die door de medewerkers werden geleverd en dankt hen daarvoor, zeker gezien de

bijzondere omstandigheden m.b.t. de werking van de centrale aanmeldingspunten gedurende het onderzoek. Op 1 mei 2016 werd het CAP (Vlaanderen) immers stopgezet en in september 2016 dienden ook Step by Step (Wallonië) en Le Prisme (Brussel) hun werking te ontbinden omwille van het beëindigen van de financiering. We wensen verder ook alle cliënten van de aanmeldingspunten, de hulpverleners en de vertegenwoordigers uit de forensische en justitiële settings hartelijk te bedanken voor hun deelname aan het onderzoek.

Dank je wel ook aan de studenten die hebben meegeholpen aan dit onderzoek: Pauline Hardy, Athina Hendrickx en Orpheé Sys.



## Lijst van gebruikte afkortingen

---

BELSPO	Belgian Science Policy Office
BS	Belgisch Staatsblad
CAD	Centra voor Alcohol en andere Drugproblemen
CAP	Centraal Aanmeldpunt voor oriëntatie en begeleiding van druggebruikers in de Vlaamse penitentiaire inrichtingen
CAP-ITI	Centre d’Accueil Post-pénitentiaire et d’Informations pour Toxicomanes Incarcérés
CGG	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
COD	Cliëntoverleg Oost-Vlaanderen
CORT	Coördinatieteam hulp- en dienstverlening aan gedetineerden
COZA	Cliëntoverleg Zorgcircuit Antwerpen
DGD	Direction Gestion de la Détention
DGEPI	Directoraat Generaal Penitentiaire Inrichtingen
FOD	Federale Overheidsdienst
GPDL	Groupes de Pilotage ‘Drogue’ Locaux
JWW	Justitieel Welzijnswerk
MSOC	Medisch Sociaal Opvangcentrum
NICC	Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie
OBFG	Ordre des Barreaux Francophone et Germanophone
PBA	Penitentiair BewakingsAssistent
PCOA	Point Central de contact, d’Orientation et d’Accompagnement
PSD	Psychosociale dienst
TG	Therapeutische Gemeenschap
SAD	Services d’Aide aux Détenus
SPIL	Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg
SPF	Service Public Fédéral
SPS	Sérvice Psychosocial
SSP	Soins de Santé Prisons
TAP	Tribunal de l’Application des Peines
UNGASS	The United Nations General Assembly Special Session on Drugs
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
WHO	World Health Organization
WP	Werkpakket

# Deel I Inleiding

---

*Stijn Vandeveld, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Lies Deckers & Benjamin Mine*

## 1. Situering van het onderzoek

### 1.1. Situatie in de Europese gevangenis

De gevangenispopulatie is in Europa gedurende de laatste decennia geleidelijk aan gegroeid (EMCDDA, 2012). Een groot aantal van de gedetineerden ervaart medische of psychische problemen, waaronder ook alcohol- en/of middelenproblemen (Dressing, Kief & Salize, 2008; Enggist, Møller, Galea & Udesen, 2014; Fazel & Seewald, 2012; Hammett, Roberts & Kennedy, 2001; Rutherford & Duggan, 2009). Een review op basis van internationaal onderzoek toont aan dat er bij 18% tot 30% van de gedetineerde mannen en bij 10% tot 24% van de gedetineerde vrouwen sprake is van alcoholmisbruik of –afhankelijkheid. Voor illegaal druggebruik of –afhankelijkheid zijn de prevalentiecijfers nog hoger en variëren ze van 10% tot 48% bij de mannelijke populatie en 30% tot 60% bij de vrouwelijke populatie bij intrede in de gevangenis (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Gebruik of afhankelijkheid van verdovende middelen bij gedetineerden is gemiddeld gezien groter dan bij de algemene populatie (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; EMCDDA, 2012; Enggist et al., 2014; Fazel & Baillargeon, 2011; Fazel et al., 2006; Mumola & Karberg, 2006).

De WHO schat dat de helft van de Europese gevangenispopulatie in het verleden verdovende middelen heeft gebruikt (Enggist et al., 2014). De bestaande data betreffende gebruik voor detentie zijn echter vaak gebaseerd op cijfers van routinematige bevestigingen bij binnenkomst en bovendien zijn deze gegevens schaars, stelt de WHO. Uit studies, uitgevoerd in 15 Europese landen sinds 2000, blijkt dat tussen 2% en 56% van de gedetineerden enige vorm van drugs heeft gebruikt tijdens detentie (EMCDDA, 2001). Cannabis wordt het meest frequent gebruikt, gevolgd door cocaïne en heroïne (Bullock, 2003).

De wederzijdse relatie tussen middelenmisbruik en betrokkenheid in criminele feiten is reeds vaak beschreven in de literatuur (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin, O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). Binnen Europa verblijft 17% van de personen in detentie wegens het plegen van misdrijven gerelateerd aan druggebruik, drugsbezit of het dealen van drugs (Aebi & Del Grande, 2013). Gedetineerden die op regelmatige basis alcohol of drugs gebruiken, zouden meer kans lopen om te recidiveren en zouden vaker hervallen in middelenmisbruik (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

#### 1.1.1. (Drug)hulpverlening

Bij gedetineerden is vaak sprake van een grote complexiteit aan gezondheids- of psychische problemen, zoals HIV, persoonlijkheidsstoornissen, depressie, en middelenmisbruik en afhankelijkheid (Dressing, Kief & Salize, 2008; Hammett et al., 2001; Rutherford & Duggan, 2009). Het tegemoet komen aan deze uiteenlopende en vaak verweven noden is binnen de Europese Unie als een prioriteit erkend (EMCDDA, 2012). In de Europese drugsstrategie (2013-2020) staat dan ook uitdrukkelijk vermeld dat aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van een kwaliteitsvolle zorg voor druggebruikers in de gevangenis, om een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan dat van wat in de gemeenschap wordt aangeboden. Aangepaste drughulpverlening aan gedetineerden kan zowel druggebruik als recidive verminderen (Enggist et al., 2014). De WHO maakt hierbij een onderscheid tussen drie vormen van hulpverlening: (1) psychosociale begeleiding in combinatie met farmacologische behandeling, waaronder

therapeutische gemeenschappen, drugvrije afdelingen en groepstherapieën vallen, (2) substitutiebehandeling en (3) behandeling in functie van schadebeperking (Enggist et al., 2014). Het EMCDDA stelde in 2012 eveneens een overzicht op omtrent de beschikbare drughulpverleningsvormen binnen Europese gevangenissen. Het maakt hierbij een onderscheid tussen interventies gericht op het verminderen van de vraag naar drugs, interventies gericht op schadebeperking en interventies met de focus op linken met de gemeenschap.

### **1.1.1.1. Interventies gericht op het verminderen van het gebruik**

Onder deze groep vallen verschillende vormen van hulpverlening. Een eerste behandelvorm betreft abstinenterichte behandeling, waarvan vele therapeutische gemeenschappen blijken te zijn. Wetenschappelijk onderzoek wijst op positieve resultaten van de behandeling in een prison-based therapeutische gemeenschap met betrekking tot recidive en druggebruik, zeker als deze vorm van intensieve therapie gevolgd wordt door nazorg (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Field, 1998; Galassi, Mpofu & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010).

Een tweede behandelvorm betreft substitutiebehandeling. In gevangenissen in vele Europese landen wordt methadon-behandeling voorzien, al wordt het in een aantal landen enkel als detoxificatiemiddel ingezet en niet in functie van een onderhoudsbehandeling (EMCDDA, 2001, 2012). De meerwaarde van het voorzien van substitutie op onderhoudsbasis tijdens detentie situeert zich zowel op individueel als op maatschappelijk vlak (Favril, Vander Laenen & Decorte, 2015). Het levert gezondheidswinst op omwille van een daling van opiaatgebruik en geassocieerd (HIV-) risicogedrag tijdens detentie (Stallwitz & Stöver, 2007; Stevens, Stover & Brentari, 2010), een daling van druggerelateerde overlijdens tijdens en na detentie (Degenhardt et al., 2014) en meer kans op het starten van substitutiebehandeling na detentie (Hedrich et al., 2012). Daarnaast leidt het tot een daling van de kans op heropsluiting (Farrell-MacDonald, MacSwain, Cheverie, Tiesmaki & Fischer, 2014). Onderzoek toont aan dat het aanbieden van methadonsubstitutie tijdens detentie leidt tot een grotere daling van herval in gebruik en tot minder heropsluitingen dan enkel drughulpverlening tijdens detentie (Kinlock et al., 2009).

Naast behandeling gericht op abstinentie en substitutiebehandelingen, beschikken gevangenissen in de meeste Europese landen over een beleid gericht op detoxificatie met medicatie, methadon of acupunctuur. Verder zijn er in bepaalde Europese landen drugvrije afdelingen in de gevangenis, ook voor gedetineerden die geen verslaving hebben; of zijn er zelfhulpgroepen, vaak georganiseerd vanuit vrijwilligers (ex-verslaafden en ex-gedetineerden) (EMCDDA, 2001, 2012). Behandelvormen zouden effectiever zijn indien ontwikkeld en gegeven door peers (Enggist, Møller, Galea & Udesen, 2014; Bagnall et al., 2015).

### **1.1.1.2. Interventies gericht op schadebeperking**

Schadebeperkende maatregelen richten zich onder meer op het voorkomen en beperken van het overdragen van besmettelijke ziekten. Vaccinaties tegen tuberculose of hepatitis worden in verschillende gevangenissen voorzien, waarbij in een aantal gevangenissen proactief en in een aantal andere gevangenissen enkel op vraag van de gedetineerde. Een andere vorm van schadebeperking is het verdelen van ontsmettingsmiddelen om naalden te kunnen 'cleanen'. Vaak is bleekmiddel niet aanwezig in de Europese gevangenissen of enkel beschikbaar in functie van het poetsen van de cel. Toch zou het aanbieden van bleekmiddel haalbaar moeten zijn zonder in te boeten aan veiligheid (Wodak, Cooney & World Health Organization, 2004; Stöver & Nelles, 2003). Spuitenruil is een andere vorm van een schadebeperkende interventie binnen de Europese gevangenissen, maar ook deze vorm van schadebeperking is enkel in een beperkt aantal landen (Duitsland, Luxemburg, Portugal, Spanje en Roemenië) een mogelijkheid voor de gedetineerden (EMCDDA, 2012). In de context van een omvattende en gebalanceerde aanpak van drugsproblemen wordt de

beschikbaarheid van schadebeperkende interventies in een detentiecontext eveneens door de UNGASS resolutie aangehaald: *“effective measures aimed at minimizing the adverse public health and social consequences of drug abuse, including appropriate medication-assisted therapy programmes, injecting equipment programmes, as well as antiretroviral therapy and other relevant interventions that prevent the transmission of HIV, viral hepatitis and other blood-borne diseases associated with drug use, as well as consider ensuring access to such interventions, including in treatment and outreach services, prisons and other custodial settings”* (UN General Assembly, 2016; UN Economic and Social Council, 2016). Recent Europees onderzoek, onder meer in België, toont evenwel aan dat deze aangewezen harm reductionmaatregelen in de meeste gevallen niet beschikbaar zijn (Michel et al., 2015).

### 1.1.1.3. Interventies gericht op verbinding met de maatschappij

Binnen de Europese gevangenissen worden tevens een aantal interventies toegepast die gedetineerden kunnen helpen bij de overgang van de gevangenis naar de samenleving buiten de gevangenis.

Gedetineerden voorbereiden op hun vrijlating wordt over de landen heen op een verschillende manier georganiseerd (EMCDDA, 2001). Zo zijn er in Oostenrijk initiatieven gericht op het voorbereiden van mensen op hun vrijlating. Hier worden gedetineerden op een specifieke afdeling intensief voorbereid aan de hand van extra ondersteuning of groepssessies (Cox, 2013). Spaanse gedetineerden met een drugproblematiek, die tijdens detentie behandeling hebben gevolgd, kunnen hun therapie verderzetten na vrijlating (Torrens & Ruiz, 2015). Ook het werken met families en het versterken van familiebanden wordt vermeld met betrekking tot rehabilitatie en re-integratie in de maatschappij. Zo worden bijvoorbeeld in Denemarken en Zwitserland families intensief betrokken tijdens de detentieperiode bij het informeren over en het bespreken van de drugproblematiek (EMCDDA, 2001). In het Verenigd Koninkrijk is er sprake van *‘listener schemes’*, waarbij gedetineerden getraind worden tot *‘listeners’* om medegedetineerden emotioneel te ondersteunen (Jaffe, 2012). In andere landen is er sprake van een geïntegreerd systeem waarbij nazorg (*‘aftercare’*) wordt ingebed in het detentieplan van de gedetineerden (EMCDDA, 2001). Een laatste interventievorm binnen de Europese gevangenissen is deze van *‘throughcare’*. Fox et al. (2005) maken een onderscheid tussen throughcare en aftercare voor cliënten die terugkeren naar de gemeenschap na een periode van verblijf in een intens gestructureerde en beschermde omgevingen zoals de gevangenis. Deze auteurs (Fox et al., 2005, p. 1) omschrijven throughcare als:

*“Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender’s first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement.”*

Aftercare daarentegen legt een andere focus (Fox et al., 2005, p. 1):

*“Aftercare is a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment.”*

Ook the United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) (2008) maakt eenzelfde onderscheid tussen throughcare en aftercare. Het eerste heeft hierbij betrekking op de continue beoordeling, inschatting en bijstand vanaf het eerste contact in het justitiële systeem en het tweede betreft een rehabilitatie- of re-integratieschema dat gedetineerden actief ondersteunt na het vrijkomen uit de gevangenis. Het UNODC (2008) is van mening dat aftercare in principe het laatste element is van effectieve throughcare.

## DEEL I: INLEIDING

Een andere term die regelmatig wordt gebruikt in de literatuur is 'resettlement', al is er minder eensgezindheid over de inhoud van deze term, wat voor vaagheid en misverstanden kan zorgen (Hedderman, 2007; MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013; Raynor, 2007). Resettlement is volgens Maruna, Immarigeon en LeBel (2004) eerder een verzameling van verschillende ideeën en concepten. Volgens Moore (2012) heeft resettlement zowel de termen throughcare als aftercare vervangen. MacDonald, Williams & Kane (2012) daarentegen zijn van mening dat resettlement en throughcare een andere inhoud behelzen. Resettlement heeft volgens hen meer aandacht voor het eindresultaat, waar throughcare vooral focust op het proces. Throughcare is volgens hen (MacDonald Williams & Kane, 2012, p. 70):

*"A managed process leading to successful integration into the community. That implies a process that minimizes recidivism."*

Hoewel met deze termen dus verschillende aspecten worden bedoeld, hebben zij allen de focus op continuïteit van zorg en ondersteuning gemeen. Uit onderzoek blijkt immers dat gedetineerden die terugkeren naar de maatschappij het moeilijk hebben indien er tijdens detentie weinig of geen aandacht uitging naar de overgang tussen de gevangenis en de maatschappij (Belenko, 2006; MacDonald, Williams & Kane, 2013). Vooral de periode onmiddellijk na de vrijlating wordt gekenmerkt door een hoog risico op herval in criminele feiten en in druggebruik, met een hoge kans op een overdosis (Belenko, 2006; Binswanger et al., 2007; EMCDDA, 2003; Leukefeld et al., 2009; MacDonald et al., 2012; MacDonald et al., 2013; Seaman, Brettle & Gore, 1998). Daar waar throughcare-diensten bestaan, blijken ex-gedetineerden minder vaak te hervallen in druggebruik of in criminele feiten (Holloway, Bennet & Farrington, 2005; Paylor & Harman, 2004; Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008). Het EMCDDA (2012, p. 23) wijst dan ook op : *"the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits"*. Een gelijkaardige conclusie is recent geformuleerd door andere onderzoekers die het belang en de relevantie van het oprichten van een schakel tussen de gevangenis en drughulpverlening buiten de gevangensmuren (inclusief 'diversion projects' en het verwijzen van gevangenen naar continue zorg) doorheen het justitiële systeem beklemtonen (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013).

MacDonald, Williams & Kane (2013) geven aan dat er in de Europese context nog maar weinig aandacht is uit gegaan naar de effectiviteit van throughcare zowel in de klinische praktijk als in de academische wereld. Een aantal essentiële voorwaarden van throughcare zijn reeds duidelijk, al blijken deze tot op heden vaak ook de barrières te zijn waarom throughcare nog zo weinig is ingebed binnen de Europese gevangenissen (MacDonald et al., 2012; MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Een *eenduidige definitie* en daarmee samenhangend de mogelijkheid om over dezelfde inhoud te spreken, is een eerste belangrijk kenmerk om van goede throughcare te kunnen spreken. Zoals hierboven reeds beschreven is er tot op heden nog erg veel onduidelijkheid en overlap betreffende de term throughcare. De belangrijkste doelstelling van throughcare, namelijk *continuïteit van zorg* tussen de gevangenis en gemeenschap en omgekeerd (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013), is wel helder. Om een continue zorg in de Europese gevangenissen te kunnen bewerkstelligen is er nood aan *goede samenwerkingsverbanden* tussen verschillende diensten (zowel tussen verschillende diensten binnen de gevangensmuren, alsook tussen diensten binnen en buiten de gevangenis) (MacDonald et al., 2012; MacDonald, Williams & Kane, 2012). Het *efficiënt en probleemloos gegevens* tussen deze verschillende diensten kunnen delen hangt daar nauw mee samen. Volgens MacDonald, Williams en Kane (2012) dienen hier nog veel inspanningen te worden geleverd. Een goede werkrelatie is vaak een complex gegeven en er dient veel tijd uit te gaan naar communicatie tussen de diensten en daarbij aansluitend ook naar duidelijkheid over de rolverdeling, de verantwoordelijkheden en welke waarden en normen voorop zouden moeten staan (MacDonald, Williams & Kane, 2012). In de gesprekken met de gedetineerden is het belangrijk aandacht te hebben voor de *individualiteit* van elke gevangene. Tot op heden worden gedetineerden immers vaak als een

homogene groep aanzien, maar in de realiteit heeft elke gedetineerde eigen specifieke noden (MacDonald et al., 2012; MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Daarom is een *goede assessment* van de noden essentieel. Een *participerende benadering* dient hierbij voorop te staan, want ook de gedetineerden hebben vaak zelf een duidelijk beeld van de eigen problematiek (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). De assessment dient ook best zo vroeg mogelijk te gebeuren om zodanig een duidelijke planning te kunnen opstellen. Zoals reeds werd vermeld, kan de overstap naar de maatschappij immers moeilijk en risicovol zijn voor de gedetineerde. Door een tekort aan personeel en/of door de overbevolking in de gevangenissen is de overstap naar de maatschappij vaak moeilijk te realiseren (MacDonald, Williams & Kane, 2012). Tijdens deze assessment-fase dient er bovendien aandacht uit te gaan naar *informatieverstrekking*. Het UNODC gaf aan dat “*to support the throughcare package, prisoners should be able to easily access information about community services available to them post release*” (UNODC, 2008, p. 59). Verschillende mensen zouden deze taak op zich moeten nemen, inclusief de gedetineerden zelf (MacDonald, Williams & Kane, 2013). De medewerkers, die instaan voor het realiseren van de throughcare, dienen de nodige expertise en kwaliteiten te hebben om te kunnen omgaan met de gedetineerden. Net daarom is het belangrijk (kandidaat-)personeelsleden bij te scholen en te *trainen* (MacDonald et al., 2012; MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Een laatste belangrijke voorwaarde voor throughcare is het *evalueren en monitoren* van de werking. Dit gebeurt momenteel nog veel te weinig of is telkens gebaseerd op verschillende methoden waardoor vergelijken moeilijk is (MacDonald, et al., 2012; MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Het is echter wel essentieel om de effectiviteit in kaart te brengen en zo ook de sterktes en de zwaktes aan het licht te brengen. Zodoende kan de werking in de toekomst verbeterd worden (MacDonald et al., 2012).

### 1.2. Situatie in België

Middelengebruik en –misbruik is eveneens aanwezig in de Belgische gevangenissen. Ongeveer twee derde van de gedetineerden geven aan ooit in hun leven illegale producten te hebben gebruikt. Meer dan één derde van deze daders verklaarde een illegaal product te hebben gebruikt tijdens detentie en 11,7% gaf aan een illegaal product voor de eerste keer te hebben gebruikt tijdens de opsluiting in een penitentiaire setting (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

#### 1.2.1. (Drug)hulpverlening

In België moeten behandeling en zorg aan gedetineerden beantwoorden aan dezelfde normen als de zorg buiten de gevangeniswanden. De Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden gaat uit van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de maatschappij en de gezondheidszorg in een gevangeniscontext (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Bovendien dient de zorg aangepast te zijn aan de noden van de gedetineerde (Art. 88). Dit wordt eveneens benadrukt in de UNGASS resolutie: “*A range of interventions, including psychosocial, behavioural and medication-assisted treatment, as appropriate and in accordance with national legislation, as well as to rehabilitation, social reintegration and recovery-support programmes, including access to such services in prisons and after imprisonment*” (UN General Assembly, 2016, p. 6). Daarnaast expliciteert Art. 89 van de Basiswet dat de gedetineerde recht heeft op continuïteit van gezondheidszorg, gelijkwaardig aan die van voor de opsluiting (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Deze wet heeft dus eveneens betrekking op de verslavingszorg in de gevangenisinstellingen. Deze artikels van de Basiswet zijn evenwel nog niet in uitvoering (ook al wordt de tenuitvoerlegging van de Basiswet expliciet in het vooruitzicht gesteld in het Justitieplan van Minister Koen Geens).<sup>1</sup> Het ontbreken van een dergelijk uitgebouwd hulpverleningsaanbod in de

---

<sup>1</sup> De enige uitzondering is art. 98 Koninklijk Besluit van 12 december 2005 tot bepaling van de datum van inwerkingtreding van artikel 98 van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de en de rechtspositie van gedetineerden en tot regeling van de samenstelling, de bevoegdheden en de werking van de Penitentiaire Gezondheidsraad, B.S. 29 December 2005.

Belgische gevangenen is al frequent beschreven, zowel op basis van empirisch onderzoek (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015) als in visienota's (Vander Laenen, 2015; Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). Het Vlaams Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden 2015-2020 (Vlaamse Regering, 2015) wil hier aan tegemoet komen en stelt dat tegen eind 2017 een beleidskader dient te zijn uitgewerkt voor een geïntegreerd beleid inzake druggebruik. Bovendien moet er tegen 2020 een aanbod voorhanden zijn om re-integratie bij druggebruikende gedetineerden te bevorderen.

Binnen de Belgische gevangenen zijn reeds een aantal initiatieven lopende om het druggebruik binnen de gevangensmuren (Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid, 2010; Van Malderen, 2012) terug te dringen. Volgende initiatieven kunnen hierbij worden onderscheiden:

### **1.2.1.1. Interventies gericht op preventie en substitutie**

Gedetineerden met een opiaatverslaving kunnen sinds 2006 beroep doen op substitutiebehandeling binnen de Belgische gevangenen. De toegang tot deze vorm van behandeling verschilt echter van gevangenis tot gevangenis. In een aantal gevangenen betreft deze vorm van behandeling zo goed als enkel detoxificatie en wordt het nauwelijks in functie van een onderhoudsbehandeling aangeboden (Favril & Vander Laenen, 2013; Vander Laenen et al., 2013). In vier Waalse gevangenen is daarbij aansluitend sinds 2009 het preventieproject 'Boule de Neige' operationeel. Hierbij worden gebruikers of ex-gebruikers opgeleid tot ambassadeurs ter preventie van risico's die met druggebruik gepaard gaan. Zij kunnen dan op hun beurt medegedetineerden informeren en sensibiliseren over de gevaren van druggebruik. Een gelijkaardig project ('Détenus Contact Santé') in verschillende Waalse gevangenen leidt gedetineerden op rond verschillende gezondheidsthema's. Zo kunnen deze thema's verder worden overgedragen naar medegedetineerden. Ook 'Prévenez-vous' is een preventief project, sinds 2010 opgestart, binnen de gevangenis van Verviers. Het is de bedoeling dat gedetineerden hierbij gedurende drie maanden opleidingen volgen alsook deelnemen aan socioculturele en sportactiviteiten. Op deze manier wordt gestreefd naar het bereiken van een fysiek en mentaal evenwicht en leren de personen opnieuw structuur in hun leven te brengen.

### **1.2.1.2. Interventies gericht op therapie tijdens detentie**

Het penitentiair landbouwcentrum van Ruselede biedt sinds 1995 een langdurig programma aan voor gedetineerden die veroordeeld zijn voor drugsfeiten of met een verslavingsprobleem kampen. In het 'B.Leave' programma leven gedetineerden acht maanden lang volgens een strikte dagstructuur met verplichte tewerkstelling en vrijetijdsbesteding. De doelstelling is een leven zonder verslavende middelen. Er gaat tijdens het programma dan ook aandacht uit naar therapeutische begeleiding om persoonlijke en sociale vaardigheden te ontwikkelen. Het project loopt jaarlijks van begin oktober tot eind mei. Sinds 2009 kunnen gedetineerden uit Ruselede het hele jaar door beroep doen op hulpverlening dankzij het 'Schakels' programma, dat als aanvulling dient op B.Leave. Terugvalpreventie en sociale vaardigheidstraining zijn onderdelen van dit programma (Van Luchene, 2013).

In het penitentiair complex van Brugge is er sinds 2009 een drugvrije afdeling, 'D-side'. Op deze afdeling leven 20 mannelijke gedetineerden samen, duidelijk gescheiden van de rest van de gevangenis. Ook in dit programma is er sprake van een strikte dagstructuur en wordt er tevens gefocust op de ontwikkeling en uitbreiding van de persoonlijke en sociale vaardigheden van gedetineerden. Daarnaast wordt in Brugge sinds 2012 ook een kortdurend drugsprogramma aangeboden waarbij getracht wordt om gedetineerden met een drugproblematiek bewust te maken van de effecten en gevolgen van druggebruik én hen te motiveren om hun drugprobleem aan te pakken en herval te voorkomen. Daarnaast werd in 2015 ook in de gevangenis van Hasselt een drugvrije afdeling gestart.

### **1.2.1.3. De aanmeldingspunten**

De centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers kunnen worden omschreven als interventies, uitgevoerd door drughulpverleners, die een liaisonfunctie vervullen tussen de gevangenis en de drughulpverlening buiten de gevangenis. Deze centrale aanmeldingspunten zijn erop gericht gedetineerde druggebruikers te ondersteunen bij het vinden van passende hulpverlening wanneer zij de gevangenis verlaten. De teams komen op vaste tijdstippen in de gevangenis om gesprekken te voeren met gedetineerden met een verslavingsprobleem en streven volgende doelstellingen na: (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. De aanmeldingspunten zijn eerst in Vlaanderen opgestart en werden later ook in de Brusselse en de Waalse gevangenissen geïnitieerd. De opstart en de samenstelling van de teams van deze aanmeldingspunten wordt hieronder verduidelijkt. Dit wordt in het Nederlands weergegeven voor het Centrale Aanmeldingspunt (CAP) (Vlaanderen) en in het Frans voor Le Prisme (Brussel) en Step by Step (Wallonië).

#### **1.2.1.3.1. De implementatie van het CAP in Vlaanderen**

In 2001 werd in de gevangenis van Antwerpen gestart met een proefproject CAP. Zes verschillende hulpverleningsorganisaties (De Kiem, De Sleutel, ADIC, MSOC Free Clinic, De Spiegel, Katarsis) spraken toen af om beurtelings permanentie te houden in de gevangenis van Antwerpen. Op die manier werden alle vragen van gedetineerden met een verslavingsproblematiek gecentraliseerd en kon er steeds iemand de gedetineerden te woord staan en helpen in de zoektocht naar de geschikte drughulpverlening. De CAP-medewerker van de desbetreffende hulpverleningsdienst verbond zich er toe om intakes ruimer te bekijken dan de eigen voorziening en ervoor te zorgen dat de meest geschikte dienst voor de gedetineerde werd gecontacteerd. Dit 'roulement-systeem' werd later nog in vijf andere gevangenissen (Brugge, Gent, Hasselt, Leuven-hulp en Oudenaarde) geïmplementeerd. Telkens werd op zoek gegaan naar regio-gebonden hulpverleningsorganisaties die zich eveneens wilden engageren om mee in het CAP te stappen. Concreet betekent dit dat voor de gevangenissen van Antwerpen, Brugge, Gent en Oudenaarde de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) de coördinatie op zich nam. De Spiegel en 't Veerhuis zorgden in de gevangenis van Leuven-hulp voor de permanentie en coördinatie. In de gevangenis van Hasselt gebeurde dit door het SPIL (Samenwerking Psychiatrische Initiatieven Limburg), bestaande uit hulpverlening Limburg, Katarsis, CAD (Centra voor Alcohol- en andere Drugproblemen) en een aantal psychiatrische ziekenhuizen.

Sinds 1 maart 2011 wordt het CAP georganiseerd vanuit de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) en dit in opdracht van de FOD Justitie, Dienst Gezondheidszorg. Het CAP werd in eerste instantie opgestart (of gecontinueerd) in 14 Vlaamse gevangenissen (Antwerpen, Brugge, Dendermonde, Ieper, Gent, Hasselt, Hoogstraten, Leuven-centraal, Leuven-hulp, Mechelen, Merksplas, Oudenaarde, Turnhout, Wortel).

Vanaf eind 2011 konden ook de gedetineerden van de gevangenis van Tilburg beroep doen op het CAP. Eerst in Tilburg zelf, later werden ze getransfereerd naar Wortel om een gesprek met een CAP-medewerker te hebben. In maart 2014 opende de gevangenis van Beveren en sinds 2 juni 2014 is het CAP ook daar operationeel. Door het beëindigen van de financiering door de FOD Justitie, die voor vijf jaar werd toegekend, hield de werking van het CAP op 1 mei 2016 op te bestaan.



### 1.2.1.3.2. Het team van het CAP<sup>2</sup>

Het team bestond tot het stopzetten van het CAP uit een equipe van 3,5 fulltime equivalenten (FTE). Sinds eind 2014 kon het CAP beroep doen op een extra 0,5 FTE dankzij middelen vanuit de Sociale Maribel. Het team bestond uit zes medewerkers, waarvan één medewerker naast gevangeniswerk ook de coördinerende functie op zich nam. Alle werknemers hadden ervaring in de drughulpverlening. Elke CAP-medewerker was verantwoordelijk voor een aantal gevangenen die binnen eenzelfde regio gesitueerd zijn. De permanentie was in de meeste gevangenen wekelijks of tweewekelijks gewaarborgd, al werd de gevangenis van Tilburg enkel op vraag bediend.

### 1.2.1.3.3. L'implémentation des PCOA en Wallonie et à Bruxelles

Pour concrétiser les missions dévolues aux Point Central de contact, d'Orientation et d'Accompagnement (PCOA), la Fédération wallonne des institutions pour toxicomanes (Fedito) et l'Ambulatoire-Forest, auxquels les marchés publics wallon et bruxellois furent attribués par le SPF Justice, ont respectivement créé Step by Step et le Prisme à la fin de l'année 2011. La mise en place de ces deux nouvelles structures fut toutefois concrétisée quelque peu différemment. La Fédito Wallonne constitua une structure d'accompagnement interne, un comité de pilotage composé de représentants de différentes institutions relevant du réseau de soins wallon (Alfa, Cap Fly, Sésame, Trempline, Phenix, Ellipse), reconnues pour leur expertise en matière d'assuétudes. Il revenait à ce comité de pilotage d'encadrer le personnel de Step by Step qui, selon l'un de nos interlocuteurs, était principalement composé au début de "nouveaux travailleurs qu'il a fallu former, sensibiliser à la question carcérale". L'Ambulatoire-Forest a pour sa part créé une sous-structure, le Prisme, en faisant notamment appel à certains travailleurs de l'Ambulatoire-Forest qui menaient déjà "un travail d'accueil, d'information, d'orientation et d'accompagnement psychosocial des détenus"<sup>3</sup>. L'Ambulatoire-Forest et le Prisme sont tous les deux chapeautés par le même conseil d'administration. Ils ont aussi fait appel "à des professionnels externes pour mettre en discussion les questions relatives à la déontologie de travail et l'éthique professionnelle entre les deux "sous-équipes"<sup>4</sup>. La mise en œuvre des deux projets fut par ailleurs supervisée par le coordinateur de la politique drogue francophone<sup>5</sup>, lequel a joué un rôle de médiation et de facilitation dans l'implémentation du dispositif.

L'accompagnement à la mise en place du projet bruxellois ne fut pas du même ordre que celui pour le point de contact wallon. En Wallonie, il existait des disparités entre établissements au niveau de l'offre de services disponible. Des services d'aide étaient actifs dans certaines prisons mais pas dans d'autres. L'arrivée de Step by Step a donc permis de combler un "vide" mais aussi de soulager les services qui se rendaient en prison en leur permettant d'économiser du temps, des frais de déplacement, voire, pour certains, de recentrer davantage leurs activités sur leur mandat originel. Certaines collaborations professionnelles se sont rapidement enrichies de relations interpersonnelles. Celles-ci ont favorisé l'essor de synergies, formalisées ou non par des conventions, au travers desquelles, par exemple, certains services externes 'sous-traitent' au PCOA l'analyse de la demande, voire la réalisation des entretiens de préadmission de certaines demandes. La décision finale revenant au service d'aide. Ce type de collaboration, développée aussi par le Prisme, a eu pour effet d'accroître la réactivité aux demandes des personnes détenues mais aussi de clarifier préalablement celles-ci. Sur Bruxelles, outre l'aspect bicommunautaire, certains services travaillaient

---

<sup>2</sup> De samenstelling van het team in dit rapport heeft betrekking op de situatie tot 30/03/2016.

<sup>3</sup> Le Prisme, Rapport annuel du Point de contact pour usagers de drogue en milieu carcéral, 2012, p.3.

<sup>4</sup> *Ibidem*.

<sup>5</sup> Le coordinateur de la politique drogue relève du service Soins de Santé Prisons de la DGEPI. Il suit les évolutions scientifiques et organisationnelles concernant la toxicomanie dans les établissements pénitentiaires afin de promouvoir de nouvelles méthodes et procédures dans le domaine de la prévention et des soins prodigués aux usagers de drogues. Il accompagne et supervise les projets mis en œuvre dans ce domaine et est amené à formuler des avis au SPF Justice au sujet de développement de la stratégie de la prévention de la drogue dans les établissements pénitentiaires.

déjà en réseau dans les prisons de St-Gilles, Forest et Berkendael où ils effectuaient un travail similaire à celui des PCOA (notamment Cap-iti en concertation avec le RePR, le Pont et Transit). Afin d'avoir un dispositif équivalent sur la région de Bruxelles-Capitale, la décision de créer un PCOA l'a emportée au risque d'avoir un recouvrement avec le travail déjà effectué par d'autres intervenants historiques. Des négociations furent cependant nécessaires pour trouver des accommodements avec les acteurs institutionnels qui étaient déjà présents sur le terrain carcéral bruxellois en raison de certaines frictions dans la cohabitation imposée par la mise en place de ce nouveau dispositif fédéral.

#### 1.2.1.3.4. Les équipes de Step by Step et du Prisme<sup>6</sup>

L'équipe de Step by Step est composée de 3,5 équivalents temps plein (ETP)<sup>7</sup> répartis entre une coordinatrice et cinq travailleurs. Leur formation est composite : criminologie, psychologie, assistant social ou encore éducation spécialisée. Step by Step intervient dans 15 établissements pénitentiaires dont 2 n'étaient pas prévus par le marché public (Leuze-en-Hainaut et Marche-en-Famenne). Chaque travailleur est responsable d'une zone géographique, soit quatre zones distinctes dont la superficie de certaines peut être fort étendue (par exemple, celle qui couvre les établissements de Leuze-en-Hainaut, Tournai, Mons, Jamioulx et Nivelles)<sup>8</sup>. Seule la région 'liégeoise' compte deux travailleurs pour répondre à une quantité particulièrement importante de demandes provenant de l'établissement de Lantin. En fonction du nombre de demandes, chaque travailleur organise son temps de travail pour couvrir les différents établissements pénitentiaires dont il a la charge afin d'assurer autant que possible une permanence par semaine, voire une semaine sur deux, dans chacun d'entre eux.

L'équipe du Prisme est quant à elle composée de 1,75 ETP répartis entre une attachée de projet et deux travailleurs. L'équipe présente également un profil pluridisciplinaire (assistant social, criminologue et psychologue), lequel est constamment enrichi par les différentes formations suivies par le personnel (certificat universitaire en criminalistique et expertise judiciaire, formation à l'approche contextuelle, etc.)<sup>9</sup>. Les travailleurs du Prisme interviennent dans les établissements de la Région Bruxelles Capitale (Saint-Gilles, Forest et Berkendael) et dans celui d'Ittre<sup>10</sup>. Lorsqu'une demande est adressée au Prisme, le premier entretien est réalisé par deux collaborateurs du service qui décident ensuite en réunion d'équipe si la demande nécessite la désignation d'un référent chargé du suivi du dossier<sup>11</sup>. Il n'y a donc pas de répartition des établissements entre les différents travailleurs.

Cependant, en septembre 2016, Step by Step (Wallonie) et Le Prisme (Bruxelles) devraient mettre fin à leurs activités en raison de la fin de leur financement.

<sup>6</sup> Depuis la réalisation des entretiens, l'ensemble du personnel des PCOA a reçu son préavis à titre conservatoire. Certains d'entre eux ont déjà quitté Step by Step ou le Prisme. La description ci-après demeure *a priori* valable jusqu'au 31 mars 2016.

<sup>7</sup> Step by Step bénéficie aussi de 0,5 ETP supplémentaire grâce aux aides à la promotion de l'emploi.

<sup>8</sup> Une première zone couvre les établissements de Leuze-en-Hainaut, Tournai, Mons, Jamioulx et Nivelles ; une seconde, les établissements de Arlon, Marche-en-Famenne et Saint-Hubert ; une troisième, les établissements de Namur, Dinant, Huy et Andenne ; et la dernière, les établissements de Lantin, Marneffe et jusqu'à sa fermeture, Verviers.

<sup>9</sup> Cela ne préjuge en rien de l'investissement du personnel des PCOA wallon dans la formation continue, cette information n'a tout simplement pas été mise en avant lors des entretiens sauf par un travailleur.

<sup>10</sup> La prison d'Ittre a été ajoutée pour des raisons de cohérence géographique mais aussi en regard de la population détenue qui provient bien souvent de la région bruxelloise.

<sup>11</sup> Ce choix, probablement rendu possible par le territoire géographique d'intervention, résulte d'une réflexion au sein du service. Selon un des collaborateurs, cela leur permet de se présenter directement comme une institution plutôt que comme une personne à part entière, d'une part ; et, d'autre part, de « trianguler », « décaler la relation » en cas, par exemple, de trouble émotionnel. Il s'agit, explique celui-ci, d'« une précaution méthodologique ». Cela leur permet aussi de développer, grâce à leur domaine d'expertise respectif, une approche interdisciplinaire la demande.

### 1.2.1.3.5. De taken

De aanmeldingspunten streven, zoals reeds aangegeven, drie kerntaken na. Deze omvatten: (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening.

Gedetineerden kunnen zich bij een aanmeldingspunt aanmelden via een rapportbriefje of een inschrijvingsstrookje<sup>12</sup>. Zij kunnen ook worden aangemeld door anderen, zoals bijvoorbeeld door de psychosociale dienst, door Justitieel Welzijnswerk (JWW), door een advocaat, of door familie,... Het CAP in Vlaanderen streeft ernaar cliënten te zien de laatste zes maanden van hun detentie, zodoende dat ze meteen na vrijlating kunnen instappen in de hulpverlening. Le Prisme en Step by Step spreken cliënten doorheen de hele detentieperiode.

Uitzonderlijk kunnen kandidaat-clieënten meteen na aanmelding terecht bij een medewerker van het aanmeldingspunt voor een gesprek. In de meeste gevallen dienen de kandidaat-clieënten te wachten tot wanneer de medewerker hen kan zien. Tijdens een eerste gesprek legt de medewerker de werking van het aanmeldingspunt uit. Hij/zij benadrukt hierbij dat het aanmeldingspunt een vorm van hulpverlening is en dat hij/zij dus gebonden is aan het beroepsgeheim. Daarnaast wordt tijdens het eerste gesprek voldoende tijd uitgetrokken om de gedetineerde te informeren over de beschikbare hulpverlening. Op deze manier tracht de medewerker de cliënt een gegronde keuze te laten maken met betrekking tot de voor hem of haar meest passende hulpverleningsvorm. De medewerkers van de aanmeldingspunten achten het immers belangrijk dat de gedetineerde een vrijwillige keuze kan maken naar hulpverlening toe. Een derde luik binnen het eerste gesprek is de anamnese van de cliënt, teneinde een (doorverwijzings)dossier te kunnen opstellen en na te gaan welke dienst het best aansluit bij de vraag van de cliënt. Bij deze anamnese gaat de medewerker dieper in op een aantal levensdomeinen die ook binnen de EuropASI (Blanken et al., 1994) aan bod komen (lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid). Indien het na dit eerste gesprek duidelijk is naar welke dienst de cliënt wenst te worden doorverwezen, zal de medewerker van het aanmeldingspunt het nodige doen om een doorverwijzing te kunnen realiseren (cf. infra). Als de cliënt nog niet goed weet welke hulpverleningsvorm hij/zij wenst en nog wat bedenktijd wil óf als blijkt dat één gesprek onvoldoende is om het voorgaande te bespreken, dan wordt een bijkomend gesprek gepland. Een cliënt kan er uiteraard ook voor kiezen om niet doorverwezen te worden. In dat geval stopt de samenwerking, maar kan de cliënt op een later tijdstip opnieuw beroep doen op het aanmeldingspunt.

Om een doorverwijzing te realiseren dient de medewerker een doorverwijsdossier op te stellen. In dit dossier wordt in eerste instantie de anamnese van de cliënt weergegeven. Dit wordt aangevuld met opnameverslagen en/of begeleidingsverslagen van voorgaande hulpverleningsperiodes (indien die er zijn) en eventueel een PSD- of interneringsverslag. Voordat dit aan de betreffende hulpverleningsdienst wordt bezorgd, neemt de medewerker van het aanmeldingspunt altijd eerst telefonisch contact op met de dienst. Dit gebeurt meestal met een vaste contactpersoon. Op die manier wordt er mondelinge informatie doorgegeven en kan er reeds een eerste keer afgetoetst worden of de cliënt bij de hulpverleningsdienst terecht zou kunnen voor een begeleiding of behandeling. Daarna zal de medewerker het dossier aan de hulpverleningsorganisatie overmaken. Indien de hulpverleningsorganisatie toestemming geeft om de cliënt op te kunnen nemen of de begeleiding te kunnen opstarten, dan bezorgen zij een attest aan de gedetineerde en verwittigen zij eveneens de medewerker. Op dat moment is het dossier afgesloten. Als een cliënt niet bij de

---

<sup>12</sup> Step by Step heeft een flyer met informatie betreffende de eigen werking met een inschrijvingsstrookje dat gedetineerden kunnen gebruiken.

betreffende hulpverleningsdienst terecht kan, roept de medewerker van het aanmeldingspunt de cliënt het eerstvolgende mogelijke moment opnieuw op om dit met de cliënt te bespreken. Indien dit aansluit bij de vraag van de cliënt, zal er opnieuw getracht worden een doorverwijzing te realiseren (cf. supra).

### 1.3. Besluit

De Belgische gevangenissen kampen met een groot aantal gedetineerden met een middelenproblematiek. Ongeveer twee derde van de gedetineerden geeft aan ooit in hun leven illegale producten te hebben gebruikt. Hiervan verklaarde één derde een illegaal product te hebben gebruikt tijdens detentie en 11,7% gaf aan een illegaal product voor de eerste keer te hebben gebruikt tijdens de opsluiting in een penitentiaire setting (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

Binnen de Belgische gevangenissen zijn reeds een aantal initiatieven voorhanden om het druggebruik binnen de gevangenismuren en de negatieve gevolgen ervan terug te dringen (Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid, 2010; Van Malderen, 2012). Zo kunnen gedetineerden met een opiaatverslaving sinds 2006 beroep doen op substitutiebehandeling binnen de Belgische gevangenissen. Een substitutiebehandeling met methadon of buprenorphine kan voorgeschreven worden door de gevangenisarts. De toegang tot deze vorm van behandeling is evenwel van gevangenis tot gevangenis verschillend. In een aantal gevangenissen betreft deze vorm van behandeling zo goed als enkel detoxificatie en wordt het (bijna) niet in functie van een onderhoudsbehandeling aangeboden (Favril & Vander Laenen, 2013; Vander Laenen et al., 2013).

In vier Waalse gevangenissen is daarbij aansluitend sinds 2009 het preventieproject 'Boule de Neige' operationeel. (Ex-)gebruikers worden hierbij opgeleid tot ambassadeurs ter preventie van risico's die met druggebruik gepaard gaan. 'Détenus Contact Santé' is een gelijkaardig project dat in verschillende Waalse gevangenissen loopt. Het project werd ontwikkeld door de 'Service Education pour la Santé' van Hoei. Gedetineerden worden opgeleid over diverse gezondheidsthema's ter sensibilisering van medegedetineerden. Daarnaast werd in 2010 het preventieprogramma 'Prévenez-vous' binnen de gevangenis van Verviers opgestart. Gedetineerden volgen hierbij gedurende drie maanden opleidingen rond druggebruik en fysiek en mentaal evenwicht. Daarnaast nemen de participanten van het programma deel aan socioculturele en sportactiviteiten.

Naast preventiegerichte interventies bestaan er enkele interventies die zich richten op de begeleiding van gedetineerden tijdens de detentieperiode. Zo biedt het penitentiair landbouwcentrum van Ruiselede sinds 1995 het 'B.Leave' programma aan voor gedetineerden die veroordeeld zijn voor drugsfeiten of die kampen met een verslavingsproblematiek. Gedurende acht maanden krijgen gedetineerden therapeutische begeleiding om persoonlijke en sociale vaardigheden te ontwikkelen. Dit programma loopt jaarlijks van begin oktober tot eind mei. Aanvullend op 'B.Leave', werd in 2009 het 'Schakels' programma ontwikkeld. Hierdoor kunnen gedetineerden uit Ruiselede het hele jaar door beroep doen op hulpverlening. Terugvalpreventie en sociale vaardigheidstraining vormen belangrijke onderdelen van dit programma (Van Luchene, 2013).

In het penitentiair complex van Brugge is er sinds 2009 een drugvrije afdeling, 'D-side'. De afdeling biedt plaats aan twintig mannelijke gedetineerden, die zich willen richten op abstinentie of het voorkomen van hervat. De deelnemers leven afgescheiden van overige gedetineerden volgens een strikte dagstructuur met verplichte tewerkstelling en vrijetijdsbesteding. Onder therapeutische begeleiding worden persoonlijke en sociale vaardigheden ontwikkeld en uitgebreid.

Daarnaast startte het penitentiair complex in Brugge in 2012 met het 'Kortdurend drugprogramma voor druggebruikende gedetineerden'. Het programma focust op bewustwording van de effecten en gevolgen van druggebruik, motivatie om druggebruik aan te pakken en terugvalpreventie (cf. supra). Aansluitend op 'D.Side' in Brugge werd in 2015 een drugvrije afdeling in de gevangenis van Hasselt

## DEEL I: INLEIDING

opgericht. De drugvrije afdeling biedt de mogelijkheid om meer in te zetten op hulpverlening aan gedetineerden die er voor kiezen om clean te blijven of die niet in aanraking willen komen met drugs (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Vanaf 1 maart 2011 werd het centraal aanmeldpunt voor druggebruikers vanuit de VVBV georganiseerd of gecoördineerd in 14 Vlaamse gevangenissen. Eind 2011 werden eveneens aanmeldingspunten geïnstalleerd in de Brusselse en Waalse gevangenissen. De centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers kunnen worden omschreven als interventies, uitgevoerd door drughulpverleners, die een liaisonfunctie vervullen tussen de gevangenis en de drughulpverlening buiten de gevangenis. Medewerkers van de aanmeldingspunten ondersteunen gedetineerde druggebruikers bij de zoektocht naar een gepaste hulpverlening na detentie. Op 1 mei 2016 werd het CAP (Vlaanderen) echter stopgezet en in september 2016 dienden ook Step by Step (Wallonië) en Le Prisme (Brussel) hun werking te ontbinden omwille van het beëindigen van de financiering.

Internationaal zijn er reeds verscheidene effectieve interventiestrategieën voor druggebruikers binnen een detentiecontext bekend (EMCDDA 2001, 2012; Burdon, De Lore, & Prendergast, 2011; Jürgens, 2007). Zo blijkt substitutiebehandeling binnen de gevangenis fundamenteel bij het voorkomen van bloedoverdraagbare aandoeningen (Bruce & Schleifer, 2008). Deze vorm van drughulpverlening op individueel niveau is belangrijk, maar beleid dat zich enkel richt naar het individu schiet te kort. Gedetineerden met een verslavingsproblematiek hebben immers nood aan een meervoudige en complexe vorm van hulpverlening, waarbij een multidisciplinaire en gespecialiseerde aanpak voorop staat (EMCDDA, 2013).

Daarnaast werd de invloed van therapeutische programma's binnen de gevangenis, met name drugvrije therapeutische gemeenschappen, op recidivevermindering duidelijk aangetoond in verscheidene internationale studies (Wexler et al., 1999; Welsh et al., 2007; Wexler & Prendergast, 2010). Ook binnen de Belgische context kwam men tot gelijkaardige bevindingen met betrekking tot het B.Leave project. Zo recidiveerden significant minder gedetineerden die het programma volgden. Bovendien was het aantal detenties volgend op de vrijlating na de behandeling in B.Leave kleiner in vergelijking met de controlegroep (Todts, 2006). Onderzoek naar de effectiviteit van drugsvrije afdelingen toont aan dat gedetineerden minder drugs gebruiken en binnensmokkelen op deze afdelingen (Jürgens, 2007). De impact van een drugsvrije afdeling op recidive-gerelateerde factoren dient echter internationaal en nationaal verder te worden onderzocht.

In België is een omvattend en kwalitatief hulpverleningsaanbod voor gedetineerde druggebruikers op dit ogenblik ondermaats uitgebouwd (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015; Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). Met de recente stopzetting van het CAP, Le Prisme en Step by Step lijken we verder weg dan ooit van een volwaardig aanbod. Nochtans zijn de Basiswet en de recente aanbevelingen n.a.v. de UNGASS duidelijk. De focus ligt op gelijkwaardigheid van zorg: *“Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pretrial detention, which are to be on a level equal to those available in the community”* (UN General Assembly, 2016, p.13-14). Daarnaast dient continuïteit van gezondheidszorg, gelijkwaardig aan die van voor de opsluiting, centraal te staan. Throughcare en aftercare-initiatieven worden, in België maar ook breder internationaal, tot op heden onvoldoende effectief geïmplementeerd en afgestemd op de specifieke noden van de gevangenispopulatie (MacDonald, Williams & Kane, 2012). Het Vlaams Strategisch Plan Hulp- en Dienstverlening aan gedetineerden 2015-2020 (Vlaamse Regering, 2015) wil hier aan tegemoet komen en stelt dat er tegen eind 2017 een beleidskader dient te zijn uitgewerkt voor een geïntegreerd beleid inzake druggebruik. Bovendien moet er tegen 2020 een aanbod voorhanden zijn om re-integratie bij druggebruikende gedetineerden te bevorderen.

## 2. Onderzoeksvragen

PRoces and Outcome Study of PrisonbasEd Registrationpoints (PROSPER) is een onderzoeksproject gericht op de evaluatie van de centrale aanmeldingspunten in de gevangenissen van Wallonië, Brussel en Vlaanderen. Het project liep van 1 december 2014 tot en met 31 oktober 2016. De werking en de effectiviteit van deze aanmeldingspunten was voordien nog niet wetenschappelijk onderzocht. In het kader hiervan hebben de onderzoekers/wetenschappers van de Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek & Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht én het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie een onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid BELSPO (€180 000). Deze studie werd tevens mogelijk gemaakt dankzij een cofinanciering van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (€35 000) én de Federale Overheidsdienst Justitie (€35 000).

Een drieledige doelstelling stond bij het onderzoek voorop:

1. De werking van de aanmeldingspunten evenals de effecten ervan op de zorgtrajecten van druggebruikers die een misdrijf hebben gepleegd, onderzoeken. Er ging daarbij zowel aandacht naar de mate waarin personen in contact komen met de diensten alsook naar de behandelingsgerelateerde resultaten, met inbegrip van motivatie, behandelingsbetrokkenheid, retentie in behandeling, gezondheid en psychosociaal functioneren, en recidive.
2. Het in kaart brengen van hoe de aanmeldingspunten gepercipieerd worden door de verschillende betrokkenen (medewerkers, cliënten, gevangenispersoneel, drughulpverleners,...) en dit met aandacht voor de werking, sterke punten, werkpunten en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten.
3. Het formuleren van beleidsaanbevelingen met betrekking tot het eventueel continueren, uitbreiden en/of aanpassen van de werking van de aanmeldingspunten.

### 3. Methodologie en planning

Het onderzoeksproject bestond uit zes werkpakketten en maakte gebruik van een multi-method benadering.

#### *WP 1. Literatuuronderzoek en secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten*

De studie ving aan met een beperkt literatuuronderzoek omtrent de stand van zaken met betrekking tot doorverwijzing en throughcare van gedetineerden met een verslavingsproblematiek in gevangenissen en de effecten hiervan. De resultaten werden in de inleiding van dit rapport verwerkt. Een tweede activiteit in WP 1 behelsde een secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten. De beschikbare data werden geanalyseerd met de bedoeling om de werking van de aanmeldingspunten in kaart te brengen. Dit werkpakket omvatte ook een follow-up gedeelte waarbij er gekeken werd naar de resultaten van de gerealiseerde doorverwijzingen.

#### *WP 2. Retrospectieve analyse in beschikbare databanken*

Het tweede werkpakket was gericht op het onderzoeken van de relatie tussen de ondersteuning die geboden werd door de aanmeldingspunten en recidive. De effectiviteit van de aanmeldingspunten werd onderzocht aan de hand van drie recidive-indicatoren (het plegen van nieuwe feiten, herveroordelingen en heropsluiting in de gevangenis). Deze indicatoren werden vergeleken in twee groepen van ex-gedetineerden, die geselecteerd werden uit de beschikbare databanken van de aanmeldingspunten. Een groep die gezien werd door de centrale aanmeldingspunten en een groep die niet gezien werd, maar op de wachtlijst stond. De invloed van de aanmeldingspunten werd geanalyseerd door middel van multivariate analysetechnieken gecontroleerd voor een aantal variabelen (bvb. leeftijd, soort middel, , ...).

#### *WP 3. Kwalitatief onderzoek naar de percepties van de betrokkenen rond de werking van de aanmeldingspunten*

In het derde werkpakket, gericht op een procesevaluatie, werd onderzocht hoe de verschillende betrokkenen de werking van de aanmeldingspunten percipiëren. Deze studie had aandacht voor volgende vragen: (1) wat is de toegevoegde waarde van de centrale aanmeldingspunten; (2) welke factoren verhinderen dat de aanmeldingspunten tot hun volle recht komen; (3) hoe schatten de betrokkenen de behandelingsgerelateerde doelstellingen en individueel functioneren (recidive, druggebruik) van de gedetineerden in na verwijzing door een aanmeldingspunt? Om de eerste twee vragen te beantwoorden, werden vier groepen van respondenten bevraagd: (1) stafleden; (2) hulpverleners van diensten buiten de gevangenis die op regelmatige basis cliënten van de aanmeldingspunten behandelen/begeleiden; (3) personeelsleden van justitie die regelmatig contact hebben met cliënten van de aanmeldingspunten (rechters, gevangenisbestuurders, gevangenispersoneel, ...) en (4) cliënten van de aanmeldingspunten. De derde onderzoeksvraag werd beantwoord door vragen aan de interviews met de stafleden van behandelingsdiensten, die op regelmatige basis cliënten van de centrale aanmeldingspunten behandelen, toe te voegen. De interviews werden digitaal opgenomen, getranscribeerd en geanalyseerd door middel van het kwalitatief softwarepakket NVIVO.

#### *WP 4. Prospectieve registratie van cliënten van de aanmeldingspunten en de tijdsinvesteringen van de medewerkers van de aanmeldingspunten*

Het vierde werkpakket was erop gericht behandelingsgerelateerde resultaten aangaande doorverwijzing, aansluiting en deelname aan behandeling, en retentie in kaart te brengen. Deze studie maakte daarbij gebruik van een longitudinaal prospectief design. Cliënten werden aan de hand van een registratiestudie, waarin data systematisch werden verzameld, opgevolgd met betrekking tot doorverwijzing en aansluiting bij behandeling, deelname aan behandeling en andere relevante indicatoren (bv. betrokkenheid in behandeling, en variabelen aangaande gezondheid en

psychosociaal functioneren). Cliënten werden tevens na zes maanden opnieuw gecontacteerd om te polsen naar het huidige psychosociaal functioneren en de effecten van de aanmeldingspunten op hun huidige behandeling.

Naast de cliëntregistratie wilde dit werkpakket ook zicht krijgen op de tijd die medewerkers van de aanmeldingspunten investeren in het voorbereiden en afhandelen van cliëntdossiers en de tijdsinvesteringen die de intake makers maken in cliënt-overstijgende activiteiten.

#### *WP 5. Haalbaarheidsstudie met betrekking tot de implementatie van een kortdurend programma*

Het vijfde werkpakket bestond uit twee fasen. Fase 5.1. betrof de implementatie van een pilootproject van een groepsgericht kortdurend programma ter motivatie van gedetineerden met een drugprobleem. De tweede fase, 5.2., omvatte een haalbaarheidsstudie (procesevaluatie) met betrekking tot de implementatie van het kortdurend programma beschreven in 5.1.. De percepties van verschillende betrokkenen werden verzameld door middel van kwalitatieve interviews met: (1) één staf lid van het CAP; (2) personeel van diensten buiten de gevangenis die geregeld cliënten van de centrale aanmeldingspunten behandelen/begeleiden en die deelnemers van het kortdurend programma begeleiden; (3) staf leden van justitie die regelmatige contacten hebben met cliënten van de centrale aanmeldingspunten; en (4) cliënten die het kortdurend programma hebben gevolgd. De cliënten werden zowel geïnterviewd voor als na deelname aan het kortdurende programma. Thema's die aan bod kwamen, waren: motivatie, behandelingsbetrokkenheid en psychosociaal functioneren. De kwalitatieve data van WP5 werden volgens dezelfde methodologie als deze beschreven bij WP3 geanalyseerd.



## Referenties

- Aebi, M. F. & Delgrande, N. (2007). Council of Europe annual penal statistics. *SPACE*, 1, 2005.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G.,... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Bennett, T., Holloway, K. & Farrington, D. (2008). The statistical association between drug misuse and crime: A meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 107-118. doi:10.1016/j.avb.2008.02.001
- Binswanger, I. A., Stern, M. F., Deyo, R. A., Heagerty, P. J., Cheadle, A., Elmore, J. G. & Koepsell, T. D. (2007). Release from prison - A high risk of death for former inmates. *New England Journal of Medicine*, 356(2), 157-165. doi:10.1056/NEJMs064115
- Blanken, P., Hendriks, V. M., Pozzi, G., Tempesta, E., Hartgers, C., Koeter, M., et al. (1994). European Addiction Severity Index EUROPASI. A guide to training and administering EuropASI interviews. European Commission: COST-A6.
- Bruce, R. D., & Schleifer, R. A. (2008). Ethical and human rights imperatives to ensure medication-assisted treatment for opioid dependence in prison and pre-trial detention. *International Journal of Drug Policy*, 19, 17-23. doi:10.1016/j.drugpo.2007.11.019
- Bullock, T. (2003). Changing levels of drug use before, during and after imprisonment. *Home office research study*, 23-48.
- Burdon, W. M., De Lore, J., & Prendergast, M. L. (2011). Developing en implementing a positive behavioral reinforcement intervention in prison-based drug treatment: Project BRITE. *Journal of psychoactive drugs*, 43(1), 40-50. doi:10.1080/02791072.2011.601990
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Cox, K. (2013). The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated Population. Doctoral dissertation, uniwiien.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.
- Degenhardt, L., Larney, S., Kimber, J., Gisev, N., Farrell, M., Dobbins, T., ... & Burns, L. (2014). The impact of opioid substitution therapy on mortality post-release from prison: retrospective data linkage study. *Addiction*, 109(8), 1306-1317.

- Dressing, H., Kief, C. & Salize, H. (2008). Prisoners with mental disorders in Europe. *The British Journal of Psychiatry*, 194(1), 88. doi:10.1192/bjp.194.1.88
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2003). Behandeling van druggebruikers in de gevangenissen - een cruciaal beleidsaspect voor een betere gezondheid en minder criminaliteit *Drugs in beeld* (Vol. 7). Lissabon: Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving. (2013). *Europees Drugs Rapport 2013: Trends en ontwikkelingen*. Luxemburg: Bureau voor publicaties van de Europese Unie. doi:10.2810/90330
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Esbec, E. & Echeburua, E. (2016). Substance abuse and crime: considerations for a comprehensive forensic assessment *Adicciones*, 28(1), 48-56.
- Farrell-MacDonald, S., MacSwain, M. A., Cheverie, M., Tiesmaki, M. & Fischer, B. (2014). Impact of Methadone Maintenance Treatment on Women Offenders' Post-Release Recidivism. *European Addiction Research*, 20(4), 192-199. doi:10.1159/000357942
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Favril, L., Vander Laenen, F. & Decorte, T. (2015). Schadebeperkende maatregelen voor de stad Gent, Een onderzoek naar de lokale noden en prioriteiten. Gandaius Masterlijk, nr. 4. Maklu: Antwerpen.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965. doi:10.1016/s0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Federale overheidsdienst Justitie (2015). 12 januari 2005, Basiswet betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden. Verkregen op 21 oktober, 2016, via [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=nl&la=N&table\\_name=wet&cn=2005011239](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=2005011239)
- Federale overheidsdienst Justitie (2016). Drugprogramma's voor gedetineerden. Verkregen op 30 augustus, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/themas\\_en\\_dossiers/gevangenissen/leven\\_in\\_de\\_gevangenis/drugsbeleid/drugsprogramma\\_s\\_voor\\_gedetineerden](http://justitie.belgium.be/nl/themas_en_dossiers/gevangenissen/leven_in_de_gevangenis/drugsbeleid/drugsprogramma_s_voor_gedetineerden)

- Field, G. (1998). Continuity of offender treatment: Institution to the community. *Prepared at the request of the Office of National Drug Control Policy. Oregon Department of Corrections, Correctional Programs Division.*
- Fox, A., Khan, L., Briggs, D., Rees-Jones, N., Thompson, Z. & Owens, J. (2005). Throughcare and aftercare: approaches and promising practice in service delivery for clients released from prison or leaving residential rehabilitation. *Home Office Online Report, 1(05).*
- Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 12(6), 7059-7072.*
- Hammett, T. M., Roberts, C. & Kennedy, S. (2001). Health-related issues in prisoner reentry. *Crime & Delinquency, 47(3), 390-409.* doi:10.1177/0011128701047003006
- Hedderman, C. (2007). Rediscovering resettlement: Narrowing the gap between policy rhetoric and practice reality. In A. Hucklesby & L. Hagley-Dickinson (Eds.), *Prisoner Resettlement: Policy and Practice* (pp. 9-25). Cullomton: Willan.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., S Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014). *Prisons and health.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Hedrich, D., Alves, P., Farrell, M., Stoeve, H., Moller, L. & Mayet, S. (2012). The effectiveness of opioid maintenance treatment in prison settings: a systematic review. *Addiction, 107(3), 501-517.* doi:10.1111/j.1360-0443.2011.03676.x
- Holloway, K., Bennett, T. & Farrington, D. (2005). The effectiveness of Criminal Justice and Treatment Programmes in Reducing Drug-Related Crime: A systematic Review, Home Office Online Report 26/05, London: Home Office.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Jürgens, R. (2007). *Interventions to address HIV in prisons: Drug dependence treatments.* Geneva: Publications of the World Health Organization.
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid : sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik (146), 16-20.*
- Kinlock, T. W., Gordon, M. S., Schwartz, R. P., Fitzgerald, T. T. & O'Grady, K. E. (2009). A randomized clinical trial of methadone maintenance for prisoners: Results at 12 months postrelease. *Journal of Substance Abuse Treatment, 37(3), 277-285.* doi:10.1016/j.jsat.2009.03.002
- Leukefeld, C., Oser, C. B., Havens, J., Tindall, M. S., Mooney, J., Duvall, J. & Knudsen, H. (2009). Drug abuse treatment beyond prison walls. *Addiction science & clinical practice, 5(1), 24.*
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit.* Birmingham: Birmingham City University.

- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- Martin, S. S., O'Connell, D. J., Paternoster, R. & Bachman, R. D. (2011). The long and winding road to desistance from crime for drug-involved offenders: The long-term influence of TC treatment on re-arrest. *Journal of Drug Issues*, 41(2), 179-196. doi:10.1177/002204261104100202
- Maruna, S., Immarigeon, R. & LeBel, T. P. (2004). Ex-offender reintegration: Theory and practice. In S. Maruna & R. Immarigeon (Eds.), *After crime and punishment: Pathways to offender reintegration* (pp. 3-26). Cullompton: Willan.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedeteneerden-en-geinterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Michel, L., Lions, C., Van Malderen, S., Schiltz, J., Vanderplasschen, W., Holm, K. et al. (2015). Insufficient access to harm reduction measures in prisons in 5 countries (PRIDE Europe): a shared European public health concern. *BMC Public Health*, 15(1), 1093.
- Moore, R. (2012). Beyond the prison walls: Some thoughts on prisoner 'resettlement' in England and Wales. *Criminology and Criminal Justice*, 12(2), 129-147.
- Mumola, C. J. & Karberg, J. C. (2006). *Drug use and dependence, state and federal prisoners, 2004* (pp. 1-12). Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Paylor, I. & Harman, K. (2004). Throughcare for drug using prisoners in Britain: a clinical report. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(1-2), 61-83.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.
- Raynor, P. (2007). Theoretical perspectives on resettlement: What it is and how it might work. In A. Hucklesby & L. Hagley-Dickinson (Eds.), *Prisoner Resettlement: Policy and Practice* (pp. 26-42). Cullompton: Willan.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Seaman, S. R., Brett, R. P. & Gore, S. M. (1998). Mortality from overdose among injecting drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal*, 316(7129), 426-428.
- Stallwitz, A. & Stöver, H. (2007). The impact of substitution treatment in prisons – A literature review. *International Journal of Drug Policy*, 18, 464-474.

- Stevens A., Stover, H. & Brentari, C. (2010). Criminal justice approaches to harm reduction in Europe. In: Rhodes, T. & Hedrich, D. (eds.), *Harm reduction: Evidence, impacts and challenges* (pp. 379-402). Luxembourg: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Stöver, H. & Nelles, J. (2003). Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy*, 14(5-6), 437-444.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD)*.
- Todts, S. (2006). *The Believe treatment program: Effects on Reoffending*. Studiedag PSD, Gevangenis van Brugge, 8 september 2006. In Daems, Pletincx, Robert, et al. (2006). *Achter tralies in België*. Gent: Academia Press.
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.
- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly, 13*, 1-24.
- United Nations Economic and Social Council (2016). Special session of the General Assembly on the world drug problem to be held in 2016. *Commission on Narcotic Drugs, 59*, 14-22.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede, 2012*, 1-36.
- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vander Laenen, F. (2015). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., Anseau, M. & De Ruyver, B. (2013). Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium. Gent: Academia Press.
- Vanhex, M., Vandeveld, D., Stas, L. & vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via [http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag\\_2015.pdf](http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf)

- Vlaamse regering (2015). Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020. Brussel. (Ongepubliceerd document).
- Welsh, W.N. (2007). A multisite evaluation of prison-based therapeutic community drug treatment. *Criminal Justice and Behavior*, 34(11), 1481-1498.
- Wexler, H. K., Melnick, G., Lowe, L., & Peters, J. (1999). 3-year reincarceration outcomes for amity in-prison therapeutic community and aftercare in California. *The Prison Journal*, 79, 321-336.
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Wodak, A., Cooney, A. & World Health Organization. (2004). Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing *HIV/AIDS among injecting drug users*.

# Deel II Resultaten van het onderzoek

---

## Hoofdstuk 1      **Secundaire analyse van bestaande databanken van de centrale aanmeldingspunten**

*Lies Deckers, Elke Cole, Wouter Vanderplasschen,  
Freya Vander Laenen & Stijn Vandevelde*

### 1.1. Inleiding

Dit deel van het onderzoek behelst een secundaire analyse van de bestaande databanken (WP1), opgesteld door de medewerkers van de aanmeldingspunten in het kader van routinematige registratie van hun activiteiten. Deze gegevens zijn tot op heden enkel gebruikt voor het uitwerken van jaarverslagen.

In dit hoofdstuk wordt er een toelichting gegeven bij de gebruikte methodologie. Nadien wordt ingegaan op de resultaten van de secundaire analyse. Er is hierbij eerst aandacht voor elk van de aanmeldingspunten afzonderlijk voor het referentiejaar 2014<sup>13</sup>. Vervolgens worden de verschillende aanmeldingspunten met elkaar vergeleken, eveneens voor het referentiejaar 2014. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een algemene conclusie.

### 1.2. Methodologie

#### 1.2.1.      Dataverzameling

De gebruikte geanonimiseerde databestanden bevatten registratiegegevens<sup>14</sup> van alle cliënten die tijdens de voorbije werkingsjaren<sup>15</sup> werden gezien door de aanmeldingspunten (Le Prisme, CAP & Step by Step). De aanmeldingspunten in Vlaanderen, Brussel en Wallonië maken gebruik van een eigen registratiemethode met een specifiek intakeformulier waarin verschillende variabelen op uiteenlopende manieren worden geregistreerd (zie tabel 1). Zo registreert het CAP in Vlaanderen de meeste variabelen door middel van 'open' categorieën (wat leidt tot vele verschillende antwoordmogelijkheden). Le Prisme in Brussel maakt, over het algemeen, gebruik van vastomlijnde antwoordmogelijkheden, die verder kunnen worden gespecificeerd in 'open' velden. Step by Step, in Wallonië, maakt gebruik van een gecombineerde aanpak, met zowel vastomlijnde categorieën als open vragen. Dit maakt het erg moeilijk om een correcte interpretatie en vergelijking te maken van het algemene profiel van de cliënten over de aanmeldingspunten heen. Bovendien zijn de concrete registratiemogelijkheden voor het CAP, Le Prisme en Step By Step verschillend. Le Prisme beschikt in de gevangenissen over een computer met een serververbinding. Op deze manier kunnen de medewerkers rechtstreeks alle informatie ingeven in een eigen computerprogramma. Step by Step en het CAP dienen alle informatie eerst handmatig te noteren op intakeformulieren om dit later, als ze beschikken over een computer, over te brengen naar een Excelbestand.

---

<sup>13</sup> Het jaartal 2014 was bij de start van het onderzoek het meest recente jaar waarbij er voor de drie aanmeldingspunten een volledig dataset van het volledige jaar beschikbaar was.

<sup>14</sup> Alle gegevens werden geregistreerd op basis van verklaringen van de cliënt.

<sup>15</sup> Het betreft voor het CAP een periode van: 1 maart 2011 – 31 december 2014, voor Le Prisme: 30 september 2011 – 31 december 2014 en voor Step by Step 1 december 2011 – 31 december 2014.

Tabel 1: Overzicht van de geregistreerde variabelen bij de aanmeldingspunten in Vlaanderen, Brussel en Wallonië<sup>16</sup>

Variabele	CAP	Step by Step	Le Prisme	Registratie
Dossiernummer	Nummer	Code (initialen + geboortedatum)	Nummer	≠
Naam cliënt	Naam & Voornaam	Naam & Voornaam	Naam & Voornaam	=
Geslacht	Man – Vrouw	Homme – Femme	Mâle – Femelle	=
Leeftijd	DD/MM/JJJJ	Leeftijd	DD/MM/JJJJ & Leeftijd & Categorie (per 5jr)	≠
Nationaliteit	Nationaliteit & Origine (Open)	Categorie (B – UE – HUE)	Categorie (B – UE – HUE) & Nationaliteit	≠
Product	Hoofdproduct & andere producten	Hoofdproduct vóór en tijdens detentie & Injecteren & Substitutie	Hoofdproduct (+frequentie) & andere producten (+frequentie) & Injecteren	≠
Justitiële situatie	Justitiële situatie <sup>1</sup>	Categorieën <sup>2</sup>	Categorieën <sup>3</sup>	≠
Opstartdatum dossier	Aanmeldingsdatum	Datum eerste gesprek	Datum eerste gesprek	≠
Gesprek(ken)	Aantal gesprekken & Data gesprekken	Aantal gesprekken	/	≠
Verwijzer	Verwijzer (Open)	Categorieën <sup>4</sup>	Categorieën <sup>5</sup>	≠
Vraag cliënt (doorverw.)	/	Categorieën <sup>6</sup> & combinaties van categorieën	Categorieën <sup>7</sup>	≠
Doorverwijzing	Naam dienst	Categorieën <sup>8</sup> & Naam dienst	Categorieën <sup>9</sup> & Naam dienst	≠
Gezinstoestand	/	/	Categorieën <sup>10</sup>	≠
Aantal kinderen	/	/	Aantal	≠
Voorgaande behandelingen	/ (wel in dossier)	/	Naam dienst(en)	≠

=: de variabele wordt op dezelfde manier geregistreerd in de verschillende aanmeldingspunten

≠: de variabele wordt op een andere manier geregistreerd in de verschillende aanmeldingspunten

<sup>1</sup> O.a. Voorhechtenis, In aanmerking voorlopige invrijheidsstelling, Geïnterneerd, Strafonderebreking,...

<sup>2</sup> P(Prévenu), C(Condamné), AUTRE(interné, prévenu et à la fois condamné,...)

<sup>3</sup> P(Prévenu), D(Détenu), I(Interné)

<sup>4</sup> E.a. EXT(service externe à la prison), INT(service interne à la prison), AD(aide aux détenus), P(proches),...

<sup>5</sup> Service externe à la prison, service interne à la prison, Famille, Avocat, Propre initiative, Autre, Inconnu.

<sup>6,7,8</sup> E.a. CU(cure), PC(postcure), CJ(centre de jour), AM(ambulatoire), TOX(toxicologue), MO(mauvaise orientation),...

<sup>9</sup> E.a. Services generalistes, Services spécialisés ambulatoires, Services spécialisés résidentiels,...

<sup>10</sup> En couple, Séparé(e) - Divorcé(e), Célibataire, Inconnu

## 1.2.2. Analyse

Voor het CAP waren, op het ogenblik van deze fase van de studie, gegevens beschikbaar die verzameld werden tussen 1 maart 2011 en 31 december 2014; voor Le Prisme ging het over data van 30 september 2011 t.e.m. 31 december 2014; en voor Step by Step waren gegevens beschikbaar van 1 december 2011 t.e.m. 31 december 2014. Voorafgaand aan de analyse werden de databanken gecontroleerd en geïntegreerd. Hieruit bleek dat niet alle gegevens steeds consequent werden ingevuld, wat resulteerde in een aantal 'missing values'. Dit valt mogelijks te verklaren door de ervaring dat de aanmeldingspunten deze gegevens in eerste instantie verzamelden in functie van

<sup>16</sup> Gegevens van variabelen die niet geregistreerd worden, kunnen alsnog worden teruggevonden in de dossiers van de cliënten. 'Voorgaande behandelingen' wordt bijvoorbeeld steeds bevraagd bij elk aanmeldingspunt, maar niet geregistreerd in de databank.



doorverwijzing en het opstellen van de jaarverslagen en niet in functie van wetenschappelijk onderzoek.

Voor de start van de analyse werd eerst per aanmeldingspunt een overzicht gemaakt van alle beschikbare variabelen. Op basis van dit overzicht werden de 'gemeenschappelijke' variabelen voor de secundaire analyse in kaart gebracht (zie Tabel 1).

Voor de beschrijvende analyse werd gebruik gemaakt van het statistisch programma SPSS Statistics 23.0 (IBM Corporation, 2015). De cijfers in dit rapport kunnen enigszins verschillen van de cijfers weergegeven in de jaarverslagen van de aanmeldingspunten. In dit onderzoek werd immers gebruik gemaakt van anonieme gegevens waardoor er in een aantal gevallen sprake kan zijn van een dubbeltelling<sup>17</sup>.

### **1.3. Resultaten**

Er wordt telkens, per aanmeldingspunt, een overzicht gegeven van het profiel van de cliënten en het aantal aanmeldingen<sup>18</sup>. Er is hierbij ook aandacht voor het aantal cliënten dat niet gezien werd door een medewerker en wat de redenen hiervoor waren. Vervolgens wordt een overzicht gegeven van de wijze waarop cliënten werden aangemeld en door wie ze verwezen werden naar het aanmeldingspunt. Wat het CAP betreft, is er daarnaast ook aandacht voor het resultaat van deze doorverwijzing. Deze laatstgenoemde gegevens zijn enkel voor het CAP en niet voor Le Prisme en Step by Step beschikbaar<sup>19</sup>. Er wordt hierbij gefocust op het al dan niet starten van de cliënt met de residentiële of ambulante begeleiding of behandeling en de uiteindelijke afloop van deze begeleiding of behandeling.<sup>20</sup> Het tweede deel van de resultaten focust op een vergelijking tussen de aanmeldingspunten, voor het referentiejaar 2014.

#### **1.3.1. Het CAP (Vlaanderen)**

##### **1.3.1.1. Cliëntgegevens**

De gemiddelde leeftijd op het moment van de aanmelding, voor het referentiejaar 2014, bedraagt 33 jaar (range: 18-67 jaar). De meerderheid (65,9%) van de cliënten is tussen 20 en 35 jaar. Iets meer dan een vierde (27%) van de cliënten is tussen 36 en de 50 jaar oud. De vijftigplussers zijn het minst vertegenwoordigd (3,6%).

De overgrote meerderheid (93,4%) van de cliënten zijn mannen. Daarnaast heeft meer dan 80% van de cliënten bij het CAP de Belgische nationaliteit. Cliënten met een nationaliteit buiten de Europese Unie vormen een tweede groep (11,5%). Meer dan de helft (59,6%) van deze cliënten is afkomstig uit Marokko, 11% heeft de Turkse nationaliteit en cliënten met Algerijnse afkomst (7,3%) vormen de derde grootste groep.

In 2014 is het aantal cliënten in voorhechtenis (47,8%) ongeveer gelijk aan het aantal cliënten met een definitieve veroordeling (47,5%). 3,1% van de cliënten van het CAP is geïnterneerd en 0,6% van de cliënten heeft een andere justitieel statuut, bvb. conditiebreuk met betrekking tot een probatiemaatregel of beperkte detentie.

Het hoofdproduct dat de cliënten van het CAP gebruiken, is zeer uiteenlopend. Het gebruik van opiaten (heroïne en substitutiemedicatie) komt als grootste groep naar voren. Een vierde van de cliënten (25,2%) geeft dit aan als het hoofdproduct. Amfetamines (20,8%), alcohol (16,1%), cannabis (15,2%) en cocaïne (10,9%) worden daarna het meest vernoemd. De groep 'medicatie' omvat zowel

---

<sup>17</sup> Het bleek niet mogelijk om op een betrouwbare wijze mogelijke dubbeltellingen uit de data te verwijderen.

<sup>18</sup> Er werd gekozen om het aantal aanmeldingen weer te geven voor de volledige werkingsperiode van de aanmeldingspunten om zo een allesomvattend beeld te geven van de grootte van de werking.

<sup>19</sup> In de werking van Le Prisme en Step by Step werd geen doorstroomschema uitgewerkt.

<sup>20</sup> Hulpverleningsdiensten werden door de medewerkers van het CAP gecontacteerd om feedback te geven over de resultaten van de doorverwijzing van elke cliënt. De rapportage van deze bevindingen gebeurt geanonimiseerd.

benzodiazepines als andere medicatievormen die niet volgens voorschrift worden ingenomen. Anabolica, ketamine en LSD zijn andere producten die worden vermeld. Ook gokken wordt hier vernoemd (n= 3; 0,3%).

Van de cliënten die in 2014 minstens één contactmoment hebben gehad met het CAP (n= 945), verbleef iets meer dan de helft in de Gevangenis van Hasselt (21,7%), de Gevangenis van Dendermonde (15,7%), in de Gevangenis van Mechelen (8,7%) of het Penitentiair Complex van Brugge (7,8%).

### 1.3.1.2. Aanmeldingen

In het jaar 2011 werden 847 cliënten gezien, in 2012 waren dit 1027 cliënten, in 2013 heeft het CAP 1047 cliënten gezien en in het jaar 2014 zijn 945 cliënten op gesprek geweest. In totaal werden tussen 2011 en 2014 dus 3866 cliënten<sup>21</sup> gezien door het CAP.

71,7% van de aangemelde cliënten in 2014 werd door de CAP-medewerkers minstens éénmaal gezien. Enkele cliënten zijn nooit op gesprek geweest bij het CAP. In 2014 betreft dit 332 cliënten, bijna 30%. De redenen voor het niet kunnen plaatsvinden van een eerste gesprek met het CAP zijn velerlei. In 47,3% van de gevallen is de cliënt niet meer in de gevangenis aanwezig wegens vrijlating (33,2%) of vindt een transfer plaats (15,5%) op het moment dat het gesprek kan doorgaan met de medewerker. Andere aangehaalde redenen zijn: de cliënt haakt af voor het gesprek (13 %), de cliënt is nog niet in tijdsvoorwaarden om vrij te komen en kan dus niet worden gezien (1,8%)<sup>22</sup>,... (tabel 2).

Tabel 2: Aanmeldingen CAP-clieñten

	2011	2012	2013	2014	Totaal
<b>Aangemeld</b>	1018	1244	1268	1277	4807
<b>Gezien</b>	847 (83,2%)	1027 (82,6%)	1047 (82,5%)	945 (71,7%)	3866 (80,4%)
<b>Niet gezien</b>	171 (16,8%)	217 (17,4%)	221 (17,5%)	332 (28,3%)	941 (19,6%)

Cliënten kunnen op verschillende manieren in contact komen met het CAP. In 2014 nam 38,1% van de cliënten zelf het initiatief om zich aan te melden bij het CAP. Daarnaast worden de cliënten vaak aangemeld door een (hulpverlenings)dienst of (hulpverlenings)persoon binnen de gevangenis (32,8%). Dit kunnen onder andere een CAP uit een andere gevangenis, JWW of een celgenoot zijn. Het is vooral de PSD die binnen deze ruimere categorie van diensten of personen doorverwijst. Zij waren in 2014 voor 80,4% van de gevallen de verwijzer binnen deze categorie. De derde groep doorverwijzers betreft advocaten. Zij stonden in voor 1,7% van de aanmeldingen van de geziene cliënten in 2014. Diensten buiten de gevangenis die doorverwijzen zijn meestal hulpverleningsvoorzieningen met 0,9% van de doorverwijzingen. Een laatste groep betreft nog andere doorverwijzers, zoals bijvoorbeeld familie en behelst 0,4%.

### 1.3.1.3. Doorverwijzingen

Bij bijna 60% van alle geziene cliënten in 2014 wordt geen doorverwijzing gerealiseerd<sup>23</sup>. Hier zijn verschillende verklaringen voor. De meeste van deze cliënten hebben geen hulpvraag en wensen enkel informatie van het CAP (23,7%). Een kleinere groep cliënten neemt na detentie zelf contact op met de hulpverlening (10,1%). Voor deze groep van cliënten is er wel een hulpverleningstraject uitgewerkt, maar vaak zijn dit hulpverleningstrajecten naar diensten die geen cliënten rechtstreeks uit detentie opnemen. Bij 1,1% van de dossiers is er sprake van een knelpunt dossier en is

<sup>21</sup> Het betreft hier cliënten bij wie er tussen 2011 en 2014 een nieuw dossier is geopend.

<sup>22</sup> Cf. supra: De taken van de aanmeldingspunten.

<sup>23</sup> Het is belangrijk op te merken dat het CAP in Vlaanderen een cliënt pas registreert als 'doorverwezen' eens er effectief een attest tot opname of begeleiding aan de cliënt wordt bezorgd.

doorverwijzing niet mogelijk. Knelpuntdossiers zijn dossiers van cliënten die omwille van een ernstige psychopathologie of een eventuele verstandelijke beperking in combinatie met een middelenproblematiek zeer moeilijk tot niet terecht kunnen in de drughulpverlening.

40,1% (n= 379) van de cliënten wordt wel doorverwezen naar de hulpverlening en dit betreft een grote diversiteit aan diensten. De grootste groep van de cliënten (18,7%) wordt doorverwezen naar ambulante diensten (dagcentra<sup>24</sup>, MSOC, drugspecifieke ambulante centra). De geestelijke gezondheidszorg (CGG, psychiatrische ziekenhuizen of PAAZ) volgt als tweede groep met 12,9% doorverwijzingen. Residentiële drugspecifieke hulpverlening (therapeutische gemeenschap, ontwenningprogramma, crisisprogramma, detoxificatieprogramma) is de derde categorie naar waar cliënten worden doorverwezen (7,7%). In 0,7% van de gevallen worden cliënten naar een 'andere' vorm van hulpverlening doorverwezen. Voorbeelden hiervan zijn: Anonieme Alcoholisten (AA), Centrum Algemeen Welzijnswerk (CAW), U-Turn<sup>25</sup>, huisarts, Bubbels en Babbels<sup>26</sup>,... (tabel 3).

Tabel 3: Doorverwijzing CAP

	2011	2012	2013	2014	Gemiddeld
<b>Ambulant</b>	23,3%	18,6%	20,8%	18,7%	20,4%
<b>GGZ</b>	15,5%	11,1%	17,2%	12,9%	14,2%
<b>Residentiële</b>	8,3%	6,6%	7,2%	7,7%	7,5%
<b>Andere</b>	2,5%	0,9%	0,8%	0,7%	1,2%
<b>Geen</b>	50,5%	62,8%	54,1%	59,9%	56,8%

#### 1.3.1.4. Resultaat doorverwijzingstraject<sup>27</sup>

Om een beter beeld te kunnen vormen van het proces van de aanmelding tot de start van de begeleiding of behandeling werd een doorstroomschema opgesteld (Figuur 1). Op deze manier wordt duidelijk hoeveel van de aangemelde cliënten starten met de residentiële of ambulante begeleiding of behandeling, wat mits een voorzichtige interpretatie een beeld geeft van de mate waarin het CAP erin slaagt effectieve doorverwijzing te realiseren.

De eerste drie fasen van het doorstroomschema kwamen in de voorgaande secties aan bod (cf. supra 1.3.1.2. en 1.3.1.3.). Voor iets meer dan de helft (n= 879, 52,9%) van de doorverwezen cliënten is er sprake van een *opstart van de behandeling of begeleiding*. 131 cliënten (14,9%) hebben de behandeling, volgens de feedback van de hulpverlening, afgerond en het volledige hulpverleningsprogramma doorlopen. Bij 277 van de doorverwezen cliënten is de behandeling nog lopende (31,5%)<sup>28</sup>. Daarvan werden reeds 97 cliënten tijdens de begeleiding of behandeling doorverwezen naar een vervolgbehandeling. 398 cliënten (45,3%) hebben de behandeling niet afgerond. Hiervoor zijn drie grote redenen. De meerderheid van deze cliënten (n= 245, 61,6%) is afgehaakt (contact verbroken, tegen advies in weggebleven, niet meer opgedaagd, enz.). Voor een tweede groep cliënten (n= 59, 14,8%), heeft de begeleiding de behandeling stopgezet onder meer omdat regels werden overtreden, er ongewenst gedrag werd vertoond, of de afspraken niet werden nagekomen. 78 cliënten konden de behandeling/begeleiding niet afronden door een terugkeer naar

<sup>24</sup> Cliënten kunnen hier tijdens werkdagen terecht voor behandeling en dienen 's avonds en in het weekend zelfstandig te leven.

<sup>25</sup> U-Turn begeleidt meerderjarige jongeren met een multi-problematische achtergrond die meerdere zware delicten pleegden en tracht deze jongeren te resocialiseren.

<sup>26</sup> Richt zich op gezinnen met jonge kinderen waarbij één of beide ouders kampt met een illegaal drugprobleem.

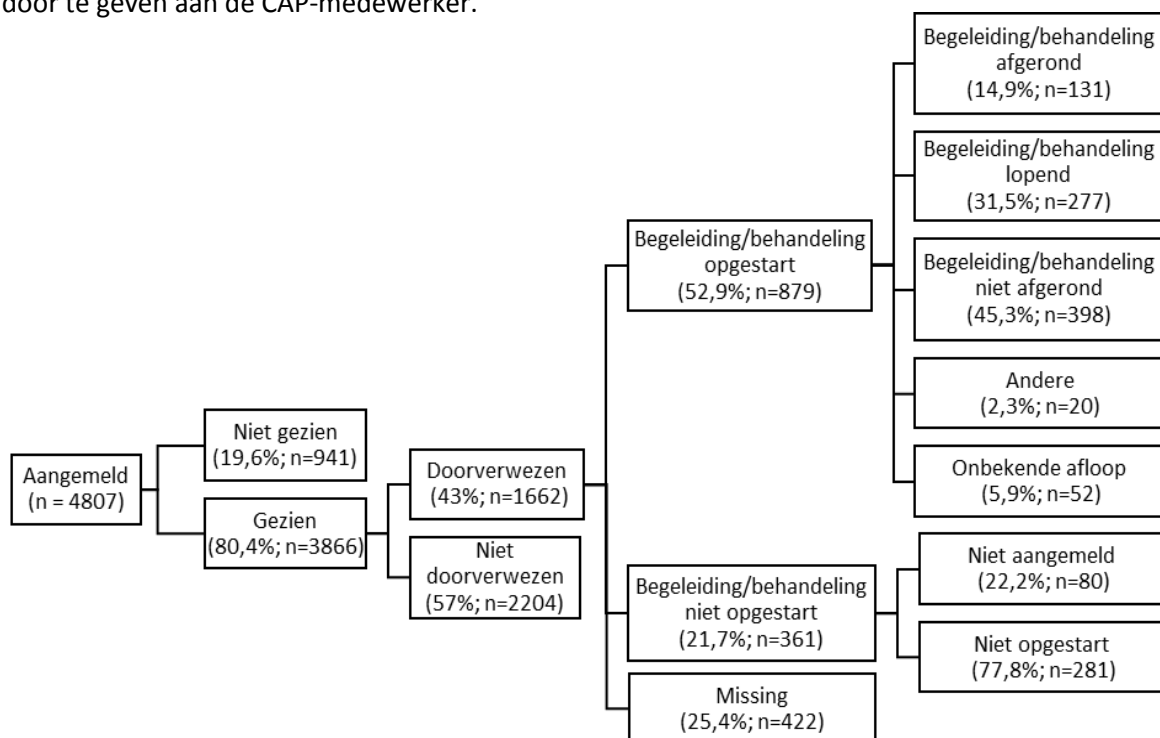
<sup>27</sup> De gegevens van het doorverwijstraject werden door het CAP verzameld. Le Prisme en Step by Step werkten geen doorstroomschema uit, aangezien dit volgens hen niet mogelijk was wegens het beroepsgeheim van de hulpverleningsdiensten.

<sup>28</sup> Op 08/03/2016.

de gevangenis (19,6%). Voor 16 cliënten (4,1%) was er geen verdere verduidelijking van de negatieve afronding. 20 cliënten (2,3%) hebben een andere reden voor het niet slagen van de begeleiding of de behandeling, waaronder: de cliënt is verhuisd, de cliënt is gestorven, begeleiding bleek niet mogelijk omwille van werkuren van de cliënt, ... Van 5,9% van de cliënten (n= 52) is onbekend hoe de behandeling afgelopen is en is enkel een start- en einddatum van behandeling/begeleiding beschikbaar.

Voor 21,7% van de cliënten (n= 361) werd de vooropgestelde begeleiding of behandeling niet opgestart. 80 van deze cliënten (22,2%) zijn, volgens de hulpverleningsdiensten nooit aangemeld geweest door het CAP. Verder zijn 281 cliënten (77,8%) (nog) niet gestart met de behandeling. Redenen hiervoor zijn: de cliënt staat op de wachtlijst, de cliënt kiest voor einde straf, de cliënt is niet meer op gesprek geweest, de cliënt heeft een opname geweigerd, de cliënt verblijft nog in de gevangenis, de cliënt kreeg een negatief advies,...

Van 422 cliënten (25,4%) zijn geen gegevens beschikbaar over het al dan niet opstarten van de begeleiding of behandeling en bijgevolg ook niet over het verdere verloop. Bij 8,2% (n= 34) van de dossiers verwijzen de hulpverleningsdiensten naar het beroepsgeheim en wensen ze geen informatie door te geven aan de CAP-medewerker.



Figuur 1: Doorstroomschema aangemelde cliënten van het CAP van 2011 t.e.m. 2014 (n=4807)

### 1.3.2. Le Prisme (Brussel)

#### 1.3.2.1. Cliëntgegevens

De gemiddelde leeftijd van de cliënten van Le Prisme is 34 jaar (range: 20–57 jaar). De meerderheid (56,6%) van de cliënten bevindt zich in de leeftijdscategorie tussen 20 en 35 jaar. Een derde is tussen 36 en 50 jaar oud.

De overgrote meerderheid van de cliënten is mannelijk (93,2%). Daarnaast heeft de helft van de cliënten van Le Prisme de Belgische nationaliteit en heeft 34% van de cliënten een nationaliteit van buiten de Europese Unie. Ruim de helft (54,7%) hiervan heeft een Marokkaanse nationaliteit.

Veroordeelde (42,9%) en beklaagde cliënten (42,5%) zijn evenwichtig vertegenwoordigd. Geïnterneerden maken een klein deel uit van het totaal (3,2%) en voor iets meer dan 11% van de cliënten werd het justitieel statuut niet geregistreerd.

Alcohol wordt door de cliënten van Le Prisme in 2014 het meest vernoemd als hoofdproduct (29,7%). Daarnaast zijn opiaten (24,2%), cannabis (12,8%) en cocaïne (13,2%) de hoofdproducten die het meest worden opgegeven. 'Andere drugs' omvat bij Le Prisme enkel Rohypnol.

Iets meer dan een derde van de cliënten, die in het jaar 2014 gezien werden door Le Prisme, verbleef in de Gevangenis van Vorst (37,4%). De Gevangenis van Sint-Gillis (30,1%) en de Gevangenis van Ixter (23,3%) sluiten daarna aan.

### 1.3.2.2. Aanmeldingen

In het jaar 2012 werden 102 cliënten gezien, in 2013 waren dit 221 cliënten en in 2014 heeft Le Prisme met 219 cliënten minstens één gesprek gehad. In totaal werden er tussen 2012 en 2014 dus 542 cliënten gezien door Le Prisme.

Met bijna 85% van de cliënten die zijn aangemeld bij Le Prisme in 2014, werd een (intake)gesprek georganiseerd. Een aantal cliënten werd niet gezien door Le Prisme (n= 39; 15,1%). Het reeds vrij zijn van de cliënt is de voornaamste reden waarom het gesprek niet kon doorgaan. Dit is het geval bij 17 cliënten (43,6%). De tweede reden is weigering door de cliënt (38,5%). In een klein aantal gevallen kon een gesprek niet doorgaan wegens een transfer van de cliënt naar een andere detentievoorziening (5,1%) of bleek dit om nog een andere reden<sup>29</sup> niet plaats te kunnen vinden (12,8%) (tabel 4).

Tabel 4: Aanmeldingen cliënten Le Prisme

	2012	2013	2014	Totaal
<b>Aangemeld</b>	151	248	258	657
<b>Gezien</b>	102 (67,5%)	221 (89,1%)	219 (84,9%)	542 (82,5%)
<b>Niet gezien</b>	49 (32,5%)	27 (10,9%)	39 (15,1%)	115 (17,6%)

Er zijn verschillende mogelijkheden om met Le Prisme in contact te komen. In 2014 meldden 43,8% van de cliënten zichzelf aan bij Le Prisme. In 25,2% van de gevallen meldden (hulpverlenings)diensten of (hulpverlenings)personen buiten de gevangenis, zoals behandeldiensten voor verslaving, cliënten aan bij Le Prisme. De derde groep verwijzers betrof de categorie van (hulpverlenings)diensten of (hulpverlenings)personen binnen de gevangenis (SPS, zorgteam, medege-deteneerden) met 10,9%. Een kleine minderheid werd aangemeld door familie (1,9%) of een advocaat (1,6%) of is de verwijzer onbekend (1,6%).

### 1.3.2.3. Doorverwijzingen

Volgens de cijfers van Le Prisme werden alle geziene cliënten doorverwezen. Van alle cliënten in 2014 worden de meesten doorverwezen naar de ambulante hulpverlening (gespecialiseerde drughulpverlening). Het gaat om een totaal van 126 van de 219 geziene cliënten (57,5%). In meer dan de helft van de gevallen is dit een doorverwijzing naar de eigen externe ambulante dienst: Ambulatoir-Forest (58,7%). Onder de categorie 'andere' vallen onder meer ziekenhuizen, dienst huisvesting, advocaat, huisarts, ... (tabel 5).

Tabel 5: Doorverwijzingen cliënten Le Prisme

	2012	2013	2014	Gemiddeld
<b>Ambulant</b>	37,9%	52%	57,5%	49,1%
<b>GGZ</b>	1%	0,9%	1,4%	1,1%
<b>Residentieel</b>	6,9%	7,7%	7,8%	7,5%
<b>Andere</b>	44,1%	19,9%	20,5%	28,2%
<b>Missing</b>	10,8%	17,6%	10,5%	13,0%

<sup>29</sup> Dit wordt niet gedifferentieerd door Le Prisme (is niet mogelijk in het gehanteerde computersysteem).

### 1.3.3. Step by Step (Wallonië)

#### 1.3.3.1. Cliëntgegevens (zie Tabel 8)

De gemiddelde leeftijd van de cliënten van Step by Step is 34 jaar (range: 18-61 jaar). De leeftijdscategorie 20-35 jaar is met iets minder dan de helft van de cliënten het meest vertegenwoordigd (49,3%). Iets meer dan een derde van de cliënten is tussen 36 en 50 jaar oud.

Het merendeel van de geziene cliënten in 2014 is mannelijk (91,1%).

De overgrote meerderheid van de cliënten bij Step by Step heeft de Belgische nationaliteit (n=461; 78,7%). Van de cliënten met een andere nationaliteit hebben 61 cliënten (10,4%) een nationaliteit van buiten de Europese Unie<sup>30</sup> en 79 cliënten (4,6%) een Europese nationaliteit.

Uit tabel 8 komt naar voor dat cliënten gezien door Step by Step in 2014 in bijna de helft van de gevallen veroordeeld is (49%). Beklaagde cliënten zijn de tweede grootste groep met 45,2%. Een minderheid van de cliënten van Step by Step is geïnterneerd (4,8%).

Er zijn verschillende producten geregistreerd op basis van wat de cliënten zelf benoemen als hoofdproduct. De categorie van opiaten is de grootste categorie met in totaal 225 cliënten (38,4%). Bijna een vierde van de cliënten (n= 135; 23%) noemt alcohol als hoofdproduct. Het aantal cliënten dat cocaïne als hoofdproduct vermeldt, vormt de derde grootste groep (12,6%). Cannabis wordt door 73 cliënten (12,5%) genoemd als hoofdproduct, 24 cliënten (4,1%) geven aan geen hoofdproduct te hebben. Van 41 cliënten (6,8%) ontbreekt het hoofdproduct in de registratie.

Er zijn 13 gevangenisstraffen waar Step by Step permanentie heeft. De gevangenisstraf met de meeste cliënten die minstens één contact hebben gehad met Step by Step in 2014 is Lantien met 232 cliënten (39,6%). Nadien volgt Namen met 62 cliënten (10,6%).

#### 1.3.3.2. Aanmeldingen

Step by Step heeft doorheen alle werkingsjaren 1465 cliënten gezien. In 2012 waren er met 302 gedetineerden gesprekken, in het jaar 2013 werd dit aantal bijna verdubbeld naar 577 cliënten en in 2014 konden 586 cliënten beroep doen op Step by Step.

Tabel 6: Aanmeldingen cliënten Step by Step

	2012	2013	2014	Totaal
<b>Aangemeld</b>	314	609	647	1570
<b>Gezien</b>	302 (96,2%)	577 (94,7%)	586 (90,6%)	1465 (93,3%)
<b>Niet gezien</b>	12 (3,8%)	32 (5,3%)	61 (9,4%)	105 (6,7%)

Tabel 6 toont het aantal aanmeldingen bij Step by Step en geeft weer hoeveel cliënten wel en niet op gesprek zijn geweest. In 2014 waren er voor Step by Step 647 aanmeldingen. Van deze aanmeldingen, heeft een minderheid geen gesprek gehad met een medewerker van Step by Step. Dit betreft 61 gedetineerden (9,4%). De redenen waarom een gesprek niet kon doorgaan, zijn velerlei. Iets meer dan de helft (50,8%) van de cliënten dat niet gezien is, is vrijgekomen, daarna volgt weigering door cliënten als tweede meest vermelde reden (23%). Andere redenen van het niet kunnen plaatsvinden van een gesprek zijn onder andere strafonderbreking of transfer.

Men kan op verschillende manieren met Step by Step in contact komen. De grootste categorie (48,4%) is de (hulpverlenings)dienst of (hulpverlenings)persoon binnen de gevangenis: SPS, medische dienst, enz. met een totaal van 313 cliënten in 2014. Familie is een tweede grote categorie met 24,7%. Slechts 0,5% van de cliënten is op eigen initiatief terecht gekomen bij Step by Step.

<sup>30</sup> Binnen de categorieën 'nationaliteit buiten Europese Unie' en 'nationaliteit binnen de Europese Unie' kan er niet gespecificeerd worden, aangezien dit niet werd geregistreerd.

### 1.3.3.3. Doorverwijzingen

Er zijn verschillende instanties waarnaar Step by Step cliënten doorverwijst. De grootste groep, 232 cliënten (39,6%), wordt doorverwezen naar drugspecifieke ambulante centra, inclusief laagdrempelige hulpverlening. De tweede (kleinere) categorie betreft de groep cliënten die naar andere diensten worden doorverwezen (22,7%). Binnen deze categorie worden cliënten onder meer doorverwezen naar diensten binnen de gevangenis of naar een privé-therapeut, maar evenzeer naar een combinatie van verschillende diensten. In 2014 werden 63 cliënten (10,8%) niet doorverwezen. Redenen hiervoor werden niet geregistreerd (tabel 7).

Tabel 7: Doorverwijzing cliënten Step by Step

	2012	2013	2014	Gemiddeld
<b>Ambulant</b>	41,7%	43,7%	39,6%	41,6%
<b>GGZ</b>	16,9%	12,1%	10,9%	12,6%
<b>Residentieel</b>	12,3%	15,6%	13,7%	14,1%
<b>Andere</b>	17,9%	16,5%	22,7%	19,2%
<b>Geen</b>	7,9%	11,3%	10,8%	10,4%
<b>Missing</b>	3,3%	0,9%	2,4%	2%

### 1.3.4. Vergelijking van de verschillende centrale aanmeldingspunten voor het referentiejaar 2014

#### 1.3.4.1. Cliëntgegevens (zie Tabel 8)

In totaal werden er door alle aanmeldingspunten uit Brussel, Wallonië en Vlaanderen samen 1750 cliënten gezien tijdens de periode van 1 januari 2014 tot en met 31 december 2014. In wat volgt, wordt een samenvatting gemaakt van het profiel van de cliënten van de aanmeldingspunten. Het dient hierbij gezegd dat de gerapporteerde verschillen (deels) te maken kunnen hebben met de manier van registratie binnen elk van deze aanmeldingspunten (cf. supra). Door deze verschillen in registratie is het, zoals aangegeven, moeilijk om de cijfers te interpreteren en te vergelijken. De cijfers worden verder vergeleken met algemene cijfers van de gevangenispopulatie in 2014 (jaarverslag Directoraat-Generaal van de Penitentiaire Inrichtingen, 2015).

De meerderheid (gemiddeld 59,2%) van de cliënten van de aanmeldingspunten bevindt zich in de leeftijdscategorie 20 tot 35 jaar. De cliënten zijn gemiddeld iets ouder dan gedetineerden uit de algemene gevangenispopulatie in 2010<sup>31</sup>. Volgens SIDIS was 52% van de gevangenispopulatie op 29/06/2010 tussen 21 en 35 jaar oud (Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert & Todts, 2011). De tweede grootste leeftijdscategorie in 2014 is deze van de 36- tot 50-jarigen (31%).

In 2014 vormen mannen de grote meerderheid van de cliënten bij de aanmeldingspunten. Dit is telkens meer dan 90% en gemiddeld gezien betreft dit 92,8% van de cliënten. In verhouding heeft Step by Step (Wallonië) de meeste vrouwelijke cliënten (8,9%), daarna volgen Le Prisme (Brussel) met 6,8% vrouwen en het CAP (Vlaanderen) met 6,6% vrouwen. De aanmeldingspunten bereiken iets meer vrouwen in vergelijking met de algemene gevangenispopulatie van 2014. Uit het Jaarverslag 2014 van het Directoraat-generaal van de Penitentiaire inrichtingen (2015) blijkt immers dat in de Waalse gevangenis 3,3% vrouwen verblijven, in de Brusselse gevangenis (inclusief Itter) betreft dit 4,9% en in Vlaanderen is 4,6% van de detentiepopulatie vrouwelijk.

<sup>31</sup> Wegens technische redenen waren cijfers betreffende leeftijd niet beschikbaar bij het Directoraat-Generaal van de Penitentiaire Inrichtingen en werden cijfers uit 2010 gebruikt ter vergelijking.

De meerderheid (gemiddeld 78%) van de cliënten van de aanmeldingspunten heeft de Belgische nationaliteit. Dit ligt beduidend hoger dan bij de algemene detentiepopulatie (55,3%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Bij Le Prisme valt op dat cliënten in de Brusselse gevangenissen vaker afkomstig zijn van een land van buiten de Europese Unie (34,2%), dan bij de Waalse cliënten (10,4%) en bij de Vlaamse cliënten (11,5%). Dit percentage is wel in overeenstemming met het aantal gedetineerden uit de totale gevangenispopulatie van 2014 met een nationaliteit van buiten de Europese Unie (31%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). De meeste van deze cliënten van Le Prisme komen uit Marokko (10,5%). Dit is ook het geval bij de cliënten van het CAP (6,9%) en de cliënten van Step by Step (18,7%)<sup>32</sup>.

De percentages veroordeelde of beklaagde cliënten liggen voor de drie aanmeldingspunten dicht bij elkaar. Gemiddeld gezien is 47,4% veroordeeld en verblijft 46,3% in voorhechtenis. Het percentage veroordeelde cliënten bij de aanmeldingspunten ligt lager dan het percentage veroordeelden in detentie in het jaar 2014 (58,5%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). De aanmeldingspunten zien in verhouding meer beklaagden in vergelijking met het aantal beklaagden in detentie (31,2%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Dit valt mogelijks te verklaren door de ervaring dat in vele gevallen de beklaagde pas kan worden vrijgelaten indien er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, in functie van vrijheid onder voorwaarden. Eén van die voorwaarden kan deelname aan drughulpverlening zijn. Aangezien de aanmeldingspunten voor veel cliënten de enige manier zijn om contact te leggen met de drughulpverlening, dienen vele beklaagden eerst op gesprek te komen bij een aanmeldingspunt alvorens een behandelplan te kunnen voorleggen aan de onderzoeksrechter. De aanmeldingspunten zien gemiddeld minder geïnterneerden (3,7%) in vergelijking met het aandeel geïnterneerden in de totale gevangenispopulatie (9,4%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015)<sup>33</sup>.

Op het vlak van hoofdproduct bestaan grote verschillen tussen de verschillende aanmeldingspunten. Het is evenwel zo dat opiaten (zowel heroïne als substitutiemedicatie) bij elk van de aanmeldingspunten tot de vaakst vermelde producten behoort (gemiddeld 29,5%). Ook misbruik van alcohol wordt frequent vernoemd (gemiddeld 20,1%). Amfetamines worden opvallend meer vermeld bij het CAP (20,8%) in vergelijking met Step by Step (1%) en Le Prisme (0%). Een vergelijking met de algemene gevangenispopulatie op vlak van middelengebruik is niet mogelijk aangezien de steekproef in het rapport van Van Malderen et al. (2011)<sup>34</sup> bevestigd werd naar welke producten ooit werden gebruikt of welke producten ooit werden gebruikt tijdens detentie en niet naar welk product momenteel het hoofdproduct of probleemproduct is, zoals de aanmeldingspunten bevragen.

---

<sup>32</sup> Van Step by Step zijn er hieromtrent geen gegevens bekend.

<sup>33</sup> De interneringwet wordt van kracht op 1 oktober 2016. Deze wet zal er vermoedelijk voor zorgen dat het aantal geïnterneerden in de gevangenis daalt.

Een kleine minderheid verblijft in de gevangenis onder een ander justitieel statuut (0,6%).

<sup>34</sup> Recentere cijfers zijn niet beschikbaar.



Tabel 8: Cliëntgegevens<sup>35</sup>

N= 1750	CAP (n= 945)	Step by Step (n= 586)	Le Prisme (n= 219)	Gemiddeld (n=1750)
<b>Leeftijd</b>				
<20 jaar	2,4% (n=23)	1,2% (n=7)	0%	1,7% (n=30)
20 – 35 jaar	65,9% (n=623)	49,3% (n=289)	56,6% (n=124)	59,2% (n=1036)
36 – 50 jaar	27% (n=255)	36,7% (n=215)	33,3% (n=73)	31% (n=543)
>50 jaar	3,6% (n=34)	4,6% (n=27)	5% (n=11)	4,1% (n=72)
Missing	1,1% (n=10)	8,2% (n=48)	5% (n=11)	3,9% (n=68)
<b>Geslacht</b>				
Man	93,4% (n=883)	91,1% (n=539)	92,3% (n=202)	92,6% (n=1620)
Vrouw	6,6% (n=62)	8,9% (n=52)	6,8% (n=15)	7,4% (n=130)
Missing	0,0%	0,0%	0,9% (n=2)	0,0%
<b>Nationaliteit</b>				
Belgisch	83,9% (n=793)	78,7% (n=461)	50,7% (n=111)	78% (n=1365)
Europees	3,1% (n=29)	4,5% (n=26)	8,7% (n=19)	4,3% (n=75)
Buiten EU	11,5% (n=109)	10,4% (n=61)	34,2% (n=75)	14% (n=245)
Missing	1,5% (n=14)	6,3% (n=37)	6,4% (n=14)	3,7% (n=65)
<b>Justitieel statuut</b>				
Voorhechtenis	47,8% (n=452)	45,2% (n=265)	42,5% (n=93)	46,3% (n=810)
Veroordeeld	47,5% (n=449)	49% (n=287)	42,9% (n=94)	47,4% (n=830)
Geïnterneerd	3,1% (n=29)	4,8% (n=28)	3,2% (n=7)	3,7% (n=65)
Andere	0,6% (n=6)	0,9% (n=5)	0%	0,6% (n=10)
Missing	1% (n=9)	0,2% (n=1)	11,4% (n=25)	2% (n=35)
<b>Hoofdproduct</b>				
Alcohol	16,1% (n=152)	23% (n=135)	29,7% (n=65)	20,1% (n=351)
Amfetamines	20,8% (n=197)	1% (n=6)	0%	11,6% (n=203)
Cannabis	15,2% (n=144)	12,5% (n=73)	12,8% (n=28)	14% (n=245)
Cocaïne	10,9% (n=103)	12,6% (n=74)	13,2% (n=29)	11,8% (n=207)
Medicatie	1,9% (n=18)	1,4% (n=8)	1,4% (n=3)	1,7% (n=30)
Opiaten	25,2% (n=238)	38,4% (n=225)	24,2% (n=53)	29,5% (n=516)
Polydruggebruik	5,2% (n=49)	0%	3,7% (n=8)	3,3% (n=58)
Andere	1% (n=9)	0%	2,3% (n=5)	0,8% (n=14)
Geen	1,2% (n=11)	4,1% (n=24)	0%	2% (n=35)
Missing	2,5% (n=24)	7% (n=41)	12,8% (n=28)	5,3% (n=93)

#### 1.3.4.2. Aanmeldingen

Uit tabel 9 blijkt dat het CAP in 2014 het meeste aangemelde cliënten registreerde, bijna het dubbele van het aantal cliënten van Step by Step en vijf keer zoveel aanmeldingen in vergelijking met Le Prisme. Dit kan deels worden verklaard door het feit dat de gemiddelde bevolkingsgraad in de Vlaamse gevangenissen (5704,9) in 2014 hoger was dan in Wallonië (3961,2) en in Brussel (1936,5). 49,2% van de totale gevangenispopulatie van België bevond zich in 2014 immers in de Vlaamse gevangenissen, 34,14% in de Waalse regio en 16,70% in de Brusselse regio. De overgrote meerderheid van de aangemelde cliënten werd gezien door een medewerker van een aanmeldingspunt (gemiddeld 80,2%).

Globaal gezien worden cliënten het vaakst door een (hulpverlenings)dienst of persoon binnen de gevangenis doorverwezen naar het aanmeldingspunt (gemiddeld 37,9%) of meldt de cliënt zich zelf aan (gemiddeld: 34,5%). Ondanks de ervaring dat globaal iets meer dan een derde van de totale populatie op eigen initiatief bij een aanmeldingspunt terecht komt, dient opgemerkt te worden dat bij Step by Step gedetineerden zelf nauwelijks direct te stap naar het aanmeldingspunt zetten (0,5%).

<sup>35</sup> Aan de hand van kleuren wordt per aanmeldingspunt en per jaar aangegeven welk product het meest voorkomend is (rood), welk product op de tweede plaats komt (geel) en welk daarna volgt (groen).

Step by Step heeft daarentegen beduidend meer aanmeldingen via de familie of een advocaat in vergelijking met Le Prisme en CAP (tabel 10).

Tabel 9: Vergelijking aanmeldingen cliënten centrale aanmeldingspunten

2014	CAP Vlaanderen	Step by Step Wallonië	Le Prisme Brussel	Totaal
Aangemeld	1277	647	258	2182
Gezien	945 (71,7%)	586 (90,6%)	219 (84,9%)	1750 (80,2%)
Niet gezien	332 (28,3%)	61 (9,4%)	39 (15,1%)	432 (19,8%)

Tabel 10: Vergelijking verwijzers cliënten centrale aanmeldingspunten

n= 1750	CAP Vlaanderen n= 945	Step By Step Wallonië n= 586	Le Prisme Brussel n= 219	Gemiddeld
Dienst/Persoon binnen gevangenis	44,3%	36,9%	12,8%	37,9%
Dienst/Persoon buiten gevangenis	1,3%	5,1%	29,7%	6,1%
Familie	0,1%	27,3%	2,3%	9,5%
Advocaat	2,3%	16%	1,8%	6,9%
Eigen initiatief	51,5%	0,5%	51,6%	34,5%
Andere	0,3%	0%	0%	0,2%
Missing	0,1%	14,2%	1,8%	5%

### 1.3.4.3. Doorverwijzingen

Op basis van de registratiegegevens blijkt dat het CAP in Vlaanderen iets minder dan de helft van de cliënten kan doorverwijzen. Le Prisme slaagt er in om 100% van zijn cliënten door te verwijzen en voor Step by Step lukt dit in bijna 90% van de gevallen. Het grote verschil met betrekking tot deze aantallen heeft waarschijnlijk te maken met de interpretatie van de term doorverwijzing. Het CAP registreert een cliënt pas als doorverwezen als er een attest tot opname of begeleiding is bekomen. Bij Le Prisme en Step by Step is een attest tot opname of begeleiding niet noodzakelijk bij een 'doorverwijzing'. Het volstaat wanneer de cliënt over de nodige informatie i.f.v. een doorverwijzing beschikt en werd aangemeld bij een hulpverleningsdienst. Hierbij is er dus eerder sprake van een 'oriëntatie', dan van een effectieve doorverwijzing. Bij Le Prisme dient opgemerkt te worden dat in 10,5% van de gevallen informatie betreffende de doorverwijzing, zoals de naam van de dienst, ontbreekt. Step by Step verwijst bijna 25% van de cliënten door naar meerdere diensten, waardoor er meer kans is dat er een doorverwijzing gerealiseerd kan worden.

De cliënten die worden doorverwezen, worden het vaakst naar de drugspecifieke ambulante drughulpverlening verwezen (gemiddeld 32,3%). Bij Step by Step worden er ongeveer twee keer zoveel cliënten naar de residentiële drugspecifieke hulpverlening doorverwezen in vergelijking met CAP en Le Prisme (tabel 11).

Tabel 11: Vergelijking doorverwijzing cliënten centrale aanmeldingspunten

n= 1750	CAP Vlaanderen n= 945	Step by Step Wallonië n= 586	Le Prisme Brussel n= 219	Gemiddeld
Ambulant	18,7%	39,6%	71,2%	32,3%
GGZ	12,9%	10,9%	1,4%	10,8%
Residentieel	7,7%	13,7%	7,8%	9,7%
Andere	0,7%	22,7%	9,1%	9,1%
Geen	59,9%	10,8%	0%	35,9%
Missing	0%	2,4%	10,5%	2,1%

## 1.4. Conclusie

### 1.4.1. Aanmeldingen

Van alle aanmeldingen bij de aanmeldingspunten in 2014 (n= 2182) zijn er met 80,2% van de cliënten (n= 1750) één of meer (intake)gesprekken geweest. Het aantal geziene cliënten is in verhouding tot het aantal aanmeldingen bij de aanmeldingspunten elk jaar gedaald<sup>36</sup>. Deze proportionele daling is te wijten aan het toenemend aantal aanmeldingen bij de aanmeldingspunten. Het aantal cliënten met wie een gesprek werd georganiseerd is doorheen de jaren in absolute aantallen ongeveer stabiel gebleven. De Belgische gevangenispopulatie en in navolging hiervan ook de aanmeldingen bij de aanmeldingspunten zijn de laatste jaren stelselmatig gestegen, terwijl het aantal medewerkers in de aanmeldingspunten niet is toegenomen. Zowel voor Step by Step (50,8%), Le Prisme (43,6%) als voor het CAP (33,2%) is de belangrijkste reden van het niet kunnen zien van de cliënt dat de cliënt, vóór een eerste gesprek kon doorgaan, reeds vrijgekomen is.

### 1.4.2. Cliëntprofiel

De meerderheid van de cliënten (59,2%) die zich in 2014 tot de aanmeldingspunten richtte, bevindt zich in de leeftijdscategorie 20 tot 35 jaar en is van het mannelijk geslacht (gemiddeld 92,8%). De aanmeldingspunten blijken een iets oudere doelgroep<sup>37</sup> (59,2% bevindt zich in de leeftijdscategorie 20-35 jaar) en meer vrouwelijke gedetineerden<sup>38</sup> (7,2%) te bereiken in vergelijking met de algemene gevangenispopulatie. 78% van de cliënten van de aanmeldingspunten heeft de Belgische nationaliteit. Dit percentage ligt beduidend hoger dan de algemene detentiepopulatie, waarvan 55,3% van de gedetineerden de Belgische nationaliteit heeft (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Dit verschil wijst mogelijks op het moeilijk bereiken van personen met een niet-Belgische nationaliteit. In de Brusselse gevangenen zijn er meer cliënten aanwezig met een nationaliteit van buiten de Europese Unie (34,2%), in vergelijking met de Waalse (10,4%) en Vlaamse cliënten (11,5%). De percentages veroordeelde en beklagde cliënten zijn vergelijkbaar over de drie aanmeldingspunten heen. Gemiddeld is 47,4% van de cliënten veroordeeld en verblijft 46,3% in voorhechtenis. De aanmeldingspunten zien in verhouding meer beklagden en minder veroordeelden in vergelijking met het aantal beklagden (31,2%) en veroordeelden (58,5%) in detentie in het jaar 2014 (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Deze bevinding valt mogelijks te verklaren door het gegeven dat een deelname van de beklagde aan drughulpverlening een deel kan uitmaken van de voorwaarden in functie van vrijheid onder voorwaarden. Daarnaast zien de aanmeldingspunten gemiddeld minder geïnterneerden (3,7%) in vergelijking met het aandeel geïnterneerden in de gehele gevangenispopulatie (9,4%) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Een kleine minderheid van de cliënten (0,6%) verblijft in de gevangenis onder een ander justitieel statuut. Betreffende het gebruik van verslavende middelen behoren opiaten (zowel heroïne als substitutiemedicatie) (29,5%) en alcohol (20,1%) tot de vaakst vermelde hoofdproducten. Daarnaast wordt misbruik van cannabis (14%) frequent aangehaald en worden amfetamines opvallend meer vermeld bij het CAP (20,8%) in vergelijking met Step by Step (1%) en Le Prisme (0%)<sup>39</sup>.

<sup>36</sup> Enkel bij Le Prisme was er tussen het jaar 2012 en 2013 een stijging merkbaar in het aantal cliënten dat een gesprek heeft kunnen hebben met een medewerker.

<sup>37</sup> Volgens SIDIS was 52% van de gevangenispopulatie op 29/06/2010 tussen 21 en 35 jaar oud (Van Malderen, Pauwels, Walthoff-Borm, Glibert, & Todts, 2011). Wegens technische redenen waren cijfers betreffende leeftijd niet beschikbaar bij DG EPI en dienden cijfers uit 2010 gebruikt te worden ter vergelijking.

<sup>38</sup> Uit het Jaarverslag 2014 van het Directoraat-generaal van de Penitentiaire inrichtingen (2015) blijkt dat in de Waalse gevangenen 3,3% vrouwen verblijven, in de Brusselse gevangenen (inclusief Itter) betreft dit 4,9% en in Vlaanderen is 4,6% van de detentiepopulatie vrouwelijk.

<sup>39</sup> Een vergelijking met de algemene gevangenispopulatie op vlak van middelengebruik is niet mogelijk aangezien de steekproef in het rapport van Van Malderen et al. (2011) bevroegde welke producten ooit werden gebruikt of welke producten ooit werden gebruikt tijdens detentie en niet welk product momenteel het hoofdproduct of probleemproduct is, zoals de aanmeldingspunten bevroegen. Naar de toekomst is afstemming tussen deze twee bevroeringen aangewezen.

### 1.4.3. Doorverwijzingen

Naast het informeren over drughulpverlening en cliënten motiveren en voorbereiden op behandeling of begeleiding, is een derde hoofddoelstelling van de aanmeldingspunten het doorverwijzen van cliënten naar de hulpverlening (Jaarverslag CAP, 2015). Het is niet steeds een eenvoudige opdracht om de meeste geschikte hulpverleningsvorm af te stemmen op de vraag en het profiel van de cliënt. Bovendien staat niet elke hulpverleningsvorm open om ex-gedetineerden op te vangen (cf. infra 4.3.2.1.). Dit verklaart waarom het CAP in meer dan de helft van de gevallen (57%) en Step by Step in mindere mate (10,8%) niet voor elke cliënt een doorverwijzing kan realiseren. Uit de datasets van Le Prisme blijken alle cliënten te worden doorverwezen, al dient ook hier de nodige voorzichtigheid te worden gehanteerd, aangezien er sprake is van 10,5% missing values in het kader van de geregistreerde doorverwijzingen. Een ‘doorverwijzing’ wordt daarenboven door ieder aanmeldingspunt anders geïnterpreteerd. Het CAP registreert pas als doorverwezen als er een attest is verkregen tot opname of begeleiding, Step by Step en Le Prisme hanteren deze vereiste niet (cf. 1.3.4.3).

Over de landsdelen heen kan gesteld worden dat de meerderheid van de cliënten doorverwezen wordt naar ambulante gespecialiseerde drughulpverleningscentra. Zo wordt in Brussel 71,2% van de cliënten doorverwezen naar ambulante gespecialiseerde drughulpverlening. Bijna 60% van deze doorverwijzingen gebeurt naar de eigen externe dienst: L’ Ambulatoire Forest. Step by Step en het CAP verwijzen respectievelijk 39,6% en 18,7% van de cliënten door naar ambulante centra. Daarnaast komen enkele verschillen tussen de landsdelen naar voor, die mogelijks te wijten zijn aan een verschillende organisatie van het hulpverleningslandschap (Ponsaers et al., 2005). Zo verwijst Step by Step cliënten in bijna een vierde van de gevallen door naar verschillende diensten, terwijl het CAP ervoor kiest om telkens maar naar één dienst door te verwijzen.

Een groot aandeel van de cliënten wordt in Vlaanderen (12,9%) en Wallonië (10,9%) naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) doorverwezen. In Brussel blijft dit beperkt tot 1,4%. De residentiële settings, gericht op de behandeling van drugspecifieke problemen, zijn bij de aanmeldingspunten de derde grootste categorie naar waar cliënten worden doorverwezen.

In het geval van het CAP kan er gesteld worden dat er bij meer dan de helft van de doorverwezen cliënten (52,9%) sprake is van een effectieve doorverwijzing. Deze cliënten starten immers met de begeleiding of behandeling die door het CAP werd vooropgesteld. Bij 46,4% van deze doorverwijzingen kan bovendien opgemerkt worden dat er sprake is van een afgeronde of nog lopende behandeling. Bij 31,5% van deze afgeronde doorverwijzingen is de behandeling of begeleiding nog lopende en bij 14,9% van deze doorverwijzingen, geven de behandelaars aan dat deze werd afgerond.

## Referenties

Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>

IBM Corporation (2015). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

Ponsaers, P., De Ruyver, B., Lemaître, A., Macquet, C., Pieters, T., Vaerewyck, W. & Fincoeur, B. (2005). Drugoverlast in de lokale context van acht Vlaamse en Waalse gemeenten. Naar een Monitor Integraal Lokaal Drugbeleid. Academia Press.

Van Malderen, S., Pauwels, L., Walthoff-Borm, C., Glibert, P. & Todts, S. (2011). Druggebruik in Belgische gevangenissen. Monitoring van gezondheidsrisico's 2010. Brussel: Federale Overheidsdienst Justitie.

## Hoofdstuk 2      Prospectieve registratie van cliënten en registratie van tijdsinvesteringen

*Lies Deckers, Wouter Vanderplasschen, Freya Vander Laenen,  
Athina Hendriks & Stijn Vandevelde*

### 2.1. Inleiding

Dit hoofdstuk is erop gericht tegemoet te komen aan de geobserveerde verschillen in registratie door de aanmeldingspunten in de verschillende landsdelen (WP4). In dit deel van het onderzoek werd een – voor de drie aanmeldingspunten – gestandaardiseerd registratieformulier opgesteld dat door alle medewerkers gedurende een vaste periode in het kader van de studie diende te worden ingevuld. Uit werkpakket 1 (cf. hoofdstuk 1) bleek immers dat vergelijkingen maken tussen de aanmeldingspunten momenteel moeilijk is op basis van verschillen in registratie. Het ontwikkelde registratieformulier kan – na het onderzoek – verder worden gebruikt door de verschillende aanmeldingspunten in de drie landsdelen, zodat vergelijking van de data mogelijk wordt<sup>40</sup>.

Dit deel van het onderzoek was eveneens gericht op het verkrijgen van een beter zicht op de resultaten en de uitkomsten van de doorverwijzingen. Het resultaat of de uitkomst van de werking werd tot op heden door de aanmeldingspunten niet structureel opgevolgd. Er werd daarom aan de hand van het nieuwe, gestandaardiseerde registratieformulier getracht meer zicht te krijgen op de afloop van de doorverwijzing. Bovendien ging er in dit deel van het onderzoek ook aandacht uit naar de deelname aan en retentie binnen de, door de aanmeldingspunten vooropgestelde, behandeling. Hiervoor werd gebruik gemaakt van telefonische follow-up gesprekken met cliënten van de aanmeldingspunten die reeds de gevangenis hadden verlaten.

Een laatste onderdeel inventariseert en analyseert de totaliteit van de activiteiten van de medewerkers van de aanmeldingspunten en de hiermee gepaard gaande tijdsinvestering. Ook deze gegevens werden verzameld aan de hand van registratieformulieren, die werden ingevuld door de medewerkers van de aanmeldingspunten.

### 2.2. Methodologie

#### 2.2.1. Instrumenten

Voor het onderzoek werden drie nieuwe, gestandaardiseerde registratieformulieren ontwikkeld: een intakeregistratieformulier met betrekking tot cliëntkenmerken (zie bijlage 1 en 2<sup>41</sup>), een formulier betreffende cliëntgebonden activiteiten (zie bijlage 3 en 4) en een registratieformulier m.b.t. cliënt-overstijgende activiteiten van de aanmeldingspunten (zie bijlage 5 en 6). Tevens werd een telefonische vragenlijst opgesteld<sup>42</sup>.

##### 2.2.1.1. Registratieformulieren

Ten eerste werd, op basis van de geregistreerde *cliëntvariabelen* van de drie aanmeldingspunten een gestandaardiseerd intakeregistratieformulier opgesteld, waarbij de belangrijkste variabelen (die reeds door de verschillende aanmeldingspunten werden geregistreerd, evenwel soms op een verschillende manier (zie supra, tabel 1) in één formulier werden samengebracht. Daarnaast werd

---

<sup>41</sup> De intakeregistratieformulieren werden gebruikt in kader van het onderzoek. Aangepaste versies (Nederlands- en Franstalig) voor gebruik in de praktijk werden als bijlage opgenomen.

<sup>42</sup> De Word versie van de registratieformulieren (bijlage 1 - 6) kan verkregen worden door contact op te nemen met de onderzoeksgroep, via [Stijn.Vandevelde@ugent.be](mailto:Stijn.Vandevelde@ugent.be).

aan het formulier een onderdeel toegevoegd met betrekking tot andere levensdomeinen<sup>43</sup>. Hier werd aan cliënten gevraagd of er op andere levensdomeinen moeilijkheden worden ervaren waarbij ondersteuning noodzakelijk wordt geacht. Deze vragen dienden dus ingevuld te worden op basis van het antwoord van de cliënt en niet op basis van de inschatting van de medewerker. Er werd gekozen om naast vragen voor de anamnese en vragen betreffende de doorverwijzing, drie vragen toe te voegen aan het intakeregistratieformulier om meer zicht te krijgen op de uitkomst van de doorverwijzing. De medewerkers dienden hier aan te geven of er bevestiging was gekregen voor het plaatsvinden van het intakegesprek<sup>44</sup> en/of voor start van begeleiding of behandeling<sup>45</sup>. Daarnaast werd gevraagd om, indien hier zicht op was, aan te geven of de cliënt ook effectief gestart was met de behandeling of begeleiding bij de vooropgestelde hulpverleningsdienst<sup>46</sup>.

Een informed consent-formulier werd eveneens toegevoegd aan het intakeregistratieformulier teneinde cliënten toestemming te vragen om hen na een periode van zes maanden, in het kader van het onderzoek, opnieuw te contacteren voor een telefonisch interview aan de hand van een vragenlijst (zie bijlage 7).

In het intakeregistratieformulier werd gekozen voor overwegend gesloten vragen, met categorieën als antwoordmogelijkheden, om op een gestandaardiseerde manier zicht te krijgen op het profiel van de cliënten van de verschillende aanmeldingspunten. De eerste versie van het formulier werd voorgelegd aan de medewerkers van de aanmeldingspunten om eventuele aanvullingen of opmerkingen mee te nemen in de uitwerking van de definitieve versie van het formulier.

Ten tweede werd, om meer duidelijkheid te krijgen over het *cliëntgebonden takenpakket* van de medewerkers van de aanmeldingspunten, ook gebruik gemaakt van een registratieformulier. Dit formulier werd eveneens in samenspraak met de aanmeldingspunten opgesteld. Op basis van de interviews in werkpakket 3 (cf. hoofdstuk 4) werd immers duidelijk dat er naast het werken in de gevangenissen, veel tijd naar professionele contacten uitging en naar het opstellen van het doorverwijzingsdossier. Aan de hand van de input uit deze kwalitatieve interviews werd door de onderzoekers een lijst opgesteld met cliëntgebonden activiteiten. Aan de medewerkers van de aanmeldingspunten werd gevraagd deze lijst aan te vullen met de verschillende tussenstappen tot aan de doorverwijzing. Op basis hiervan werd een voorstel tot registratieformulier opgesteld, met de focus op alle activiteiten die nodig zijn alvorens een cliënt te kunnen doorverwijzen. Dit formulier werd na feedback van de medewerkers gefinaliseerd en in gebruik genomen door de medewerkers.

Ten derde werd op een gelijkaardige manier tewerk gegaan als bij het opstellen van het formulier voor de cliëntgebonden activiteiten, om meer zicht te krijgen op activiteiten die het cliëntenwerk overstijgen. Het interview met de medewerkers van de aanmeldingspunten uit werkpakket 3 gaf reeds een zicht op een aantal van deze *cliënt-overstijgende activiteiten*. Met dit formulier werd getracht meer duidelijkheid te krijgen op het totale werkpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Vier categorieën van activiteiten werden bevraagd: cliëntgebonden activiteiten, cliënt-ondersteunende activiteiten, cliënt-overstijgende activiteiten en andere tijdsinvesteringen.

#### **2.2.1.2. Telefonische vragenlijst**

De perceptie van de cliënten omtrent enerzijds de invloed van het contact met het aanmeldingspunt op vlak van gezondheid en psychosociaal functioneren en anderzijds het verloop van de vooropgestelde begeleiding of behandeling werd bevraagd aan de hand van een telefonische follow-up vragenlijst. De vragenlijst bestond uit vijf onderdelen, waarbij het eerste deel dieper inging op de huidige drughulpverleningssituatie. Een tweede luik betrof de rol van het aanmeldingspunt in de

---

<sup>43</sup> Lichamelijke gezondheid; arbeid; familiale, sociale relaties; psychische, emotionele gezondheid; woonst, schulden, justitie.

<sup>44</sup> Geeft de hulpverleningsvoorziening toestemming om de cliënt op intake te laten komen.

<sup>45</sup> Bevraging naar de toestemming van de hulpverleningsvoorziening om de cliënt residentieel op te nemen of ambulant te begeleiden.

<sup>46</sup> Bevraging van de medewerker van het aanmeldingspunt naar de start van het vooropgestelde hulpverleningstraject door de cliënt.

doorverwijzing op het vlak van informatieverstrekking en in functie van motivatiebevordering. In deel drie kwam het huidige alcohol-, medicatie- of druggebruik aan bod en in het vierde gedeelte werd, net zoals in het ontwikkelde registratieformulier rond cliënt-variabelen, gefocust op andere (levens)gebieden. Een laatste vraag focuste op de algemene bevindingen over het aanmeldingspunt en op eventuele aanbevelingen. De vragen werden als gesloten vragen geformuleerd (ja-nee) of als vragen met een Likertschaal (score van 1 t.e.m. 5, waarbij 1 correspondeert met 'uitermate ontevreden' en 5 correspondeert met 'uitermate tevreden'), waarbij telkens de mogelijkheid was om meer duiding te geven (zie bijlage 8 en 9).

## **2.2.2. Procedure**

### **2.2.2.1. Registratieformulieren**

Medewerkers kregen een uitgebreide handleiding ter beschikking om de formulieren betreffende cliëntkenmerken, cliëntgebonden activiteiten en cliënt-overstijgende activiteiten in te vullen.

Voor het intakeregistratieformulier met onder andere *cliëntvariabelen* werd aan de medewerkers van de aanmeldingspunten (n=10) gevraagd om voor de eerste tien nieuwe cliënten die vanaf 5 oktober 2015 werden gezien, een intakeregistratieformulier in te vullen. Dit resulteerde uiteindelijk in het registreren van 117 nieuwe cliënten in de Belgische gevangenissen, 59 bij het CAP in Vlaanderen, 16 bij Le Prisme in Brussel en 42 bij Step by Step in Wallonië (tabel 11). Dit aantal ligt iets lager dan oorspronkelijk vooropgesteld (117 in plaats van 160 cliënten). Het registratiewerkpakket werd immers geïmplementeerd in oktober 2015, toen het voortbestaan van de aanmeldingspunten erg onzeker was. Het registreren in kader van het onderzoek zorgde voor extra werkdruk die tijdens deze complexe periode moeilijk ondervangen kon worden.

De formulieren betreffende *cliëntgebonden activiteiten* dienden door de medewerkers te worden ingevuld bij de eerste en de derde cliënt die ze volgens het nieuw uitgewerkte registratieformulier hadden geregistreerd. Er werd hen gevraagd alle activiteiten en taken die zij dienden uit te voeren bij het spreken met en het verwerken van het dossier van de cliënt, in te vullen.

Om deze *cliënt-overstijgende activiteiten en tijdsinvestering* van de aanmeldingspunten in kaart te brengen, werd per medewerker gevraagd om deze activiteiten te registreren van 5 oktober 2015 tot en met 31 januari 2016. Bij het CAP registreerden alle medewerkers (n=6) de cliënt-overstijgende activiteiten; bij Le Prisme namen twee medewerkers dit op en bij Step by Step volgden twee medewerkers de cliënt-overstijgende activiteiten nauwgezet op gedurende twee weken (tabel 12). Het invullen van deze formulieren bleek werkdruk-verhogend te zijn voor de medewerkers waardoor er voor Step by Step en Le Prisme telkens naar een compromis werd gezocht om het voor deze teams werkbaar te maken.

Voor de analyse van de cliënt-overstijgende gegevens werd daarom gekozen om voor elke medewerker een periode van zeven werkdagen in acht te nemen. Op deze manier kon voor elke medewerker naar (ongeveer) eenzelfde periode ter vergelijking verwezen worden. Er is getracht om zoveel mogelijk gemeenschappelijke werkdagen te selecteren bij de verschillende medewerkers<sup>47</sup> zodat een zo betrouwbaar mogelijk beeld geschetst kon worden van hoeveel tijd medewerkers van de aanmeldingspunten investeren in de verschillende taken.

### **2.2.2.2. Telefonische vragenlijst**

Voor de follow-up werd een telefonische bevraging georganiseerd bij de cliënten van de aanmeldingspunten, die geregistreerd werden in kader van het onderzoek. Cliënten werden ongeveer 6 maanden na een eerste contact met een aanmeldingspunt telefonisch gecontacteerd (tussen 1 april 2016 en 17 augustus 2016). Enkel cliënten die reeds de gevangenis hadden verlaten, werden gecontacteerd, gezien enkel deze cliënten informatie konden geven met betrekking tot het resultaat van de contacten met de aanmeldingspunten. Bij het CAP waren contactgegevens

---

<sup>47</sup> Dit was niet altijd mogelijk wegens vakantiedagen e.d..



beschikbaar van 56 van de 59 bevroegde cliënten. Hiervan werden 32 cliënten (54,2%), die reeds in vrijheid werden gesteld, bevroegd. Le Prisme had van vier cliënten<sup>48</sup> (25%) contactgegevens geregistreerd en Step by Step had dit bij 21 van de 42 (50%) geregistreeerde cliënten gedaan. Dit betekende dat er een steekproef van 57 cliënten was waarbij een telefonische bevraging kon worden aangevat. De uiteindelijke afnameperiode situeerde zich tussen 27 mei 2016 en 3 juni 2016 voor cliënten van het CAP en tussen 13 juni 2016 en 17 juni 2016 voor cliënten van Le Prisme en Step by Step. Er werden telkens drie pogingen ondernomen om cliënten telefonisch te contacteren (tabel 12).

*Tabel 12: Aantal bereikte medewerkers/cliënten bij afname registratieformulieren*

	CAP	Step by Step	Le Prisme	Totaal	Afnameperiode
<b>Bevroegde cliënten Intakeregistratieformulier</b>	59	42	16	117	5 oktober 2015 – 10 cliënten
<b>Steekproef follow-up</b>	32	21	4	57	27 mei 2016 t.e.m. 17 juni 2016
<b>Bereikte cliënten bij follow-up</b>	7	2	1	10	27 mei 2016 t.e.m. 17 juni 2016
<b>Bevroegde medewerkers cliënt-overstijgende activiteiten en tijdsinvestering</b>	6	2	2	10	5 oktober 2015 t.e.m. 21 januari 2016

## 2.3. Resultaten

### 2.3.1. Intakeregistratieformulier

De gemiddelde leeftijd van de cliënten is 34 jaar (range: 18 – 59 jaar; n=117). De meerderheid van de cliënten (59%) situeert zich in de leeftijdsgroep 20 – 35 jaar en 93,2% van de cliënten is mannelijk. Cliënten met de Belgische nationaliteit zijn meest vertegenwoordigd (86,3%) in de steekproef, daarna volgen cliënten met een nationaliteit van buiten de Europese Unie (8,5%). Het hoofdproduct is voor 28,2% van de bevroegde cliënten opiaten. 57,2% van de participanten geeft aan dat ze cannabis als een probleemproduct zien (voor of tijdens detentie). 38,5% van hen vermeldt dat cannabis (hasj, marihuana, cannabis) een product is dat ze gebruiken naast een ander product (polygebruik). Bij 78,7% van de steekproef blijkt sprake te zijn van polydruggebruik. Een derde van de steekproef gebruikte voor of tijdens de detentie substitutieproducten. In 64,9% van de gevallen is of was dit in functie van detoxificatie. Voor 29,7% van de cliënten bleek dit als onderhoudsbehandeling en de overige 5,4% geeft aan een substitutieproduct te gebruiken voor zowel detoxificatie als een onderhoudsbehandeling. Voorts bleken de cliënten op verschillende levensgebieden moeilijkheden te ervaren waarvoor ze ondersteuning of behandeling noodzakelijk achtten. Zo vond 2/3<sup>de</sup> van de cliënten dat er nood was aan ondersteuning in kader van de psychische en emotionele gezondheid en geeft 75% van de cliënten aan problemen te hebben met justitie. Dit laatste is een opvallend gegeven, daar *alle* cliënten in hechtenis verblijven. Cliënten hebben in het verleden tussen 0 en 32 residentiële opnames (gemiddeld 0,9 opnames per persoon) en tussen 0 en 10 ambulante begeleidingen (gemiddeld 1,3 per persoon) gevolgd. Op het vlak van voorgaande behandelingen kan opgemerkt worden dat iets meer dan de helft van de cliënten nog nooit in opname is geweest in functie van de behandeling van zijn of haar drugproblemen (55,6%) en dat 41% in het verleden nog nooit in ambulante begeleiding is geweest. 39 cliënten (33,3%) hebben in het verleden noch een residentiële behandeling, noch een ambulante begeleiding gehad betreffende drugproblemen. Deze groep (n=39) heeft een gemiddelde leeftijd van 31 jaar, waarbij het merendeel (52,6%) in voorhechtenis verblijft. Alcohol (26,3%), cannabis (21,1%), cocaïne (18,4%), speed (18,4%) en heroïne

<sup>48</sup> Volgens de medewerkers van Le Prisme paste de werkwijze van het onderzoek niet geheel bij de eigen werkwijze. Ze merkten op dat waar ze normaal veel tijd investeren in het vertrouwen winnen van de cliënt, nu werd gevraagd om de cliënt meteen te confronteren met de vraag tot deelname aan een onderzoek. Dit kan mogelijk verklaren waarom er bij Le Prisme van minder cliënten contactgegevens beschikbaar waren.

(10,5%) komen als voornaamste hoofdproducten naar voor. In vergelijking met de groep die reeds een eerdere begeleiding of behandeling had (n=78), bedraagt de gemiddelde leeftijd 35 jaar. De meeste personen verblijven eveneens in voorhechtenis (39,7%). Bij deze groep wordt heroïne (32,1%) opvallend meer als hoofdproduct vermeld. Daarnaast komen alcohol (20,5%), cannabis (17,9%) en cocaïne (16,7%) als voornaamste hoofdproducten naar voor. Deze bevindingen dienen echter met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, gezien de kleine steekproef (n=117) (tabel 13).

Tabel 13: Kenmerken steekproef (n= 117)

Leeftijd	< 20 jaar 4,3%		20 – 35 jaar 59%		36 – 50 jaar 33%		>50 jaar 5,1%		Missing 3,4%	
Geslacht	Man 93,2%		Vrouw 6,8%							
Nationaliteit	Belgisch 86,3%		Europees 3,4%		Buiten EU 8,5%		Dubbele 1,7%			
Hoofdproduct 1	Alcohol 22,2%		Amfetamin. 12%		Cannabis 18,8%		Cocaïne 18%		Medicatie 0,9%	
Hoofdproduct 2 (polygebruik)	Alcohol 10,3%		Amfetamin. 12,8%		Cannabis 24,8%		Cocaïne 20,5%		Medicatie 2,6%	
Hoofdproduct 3 (polygebruik)	Alcohol 8,5%		Amfetamin. 7,7%		Cannabis 8,5%		Cocaïne 6,8%		Medicatie 3,4%	
Hoofdproduct 4 (polygebruik)	Alcohol 2,6%		Amfetamin. 0,9%		Cannabis 5,1%		Cocaïne 0%		Medicatie 5,1%	
Substitutie	Ja 32,5%		Nee 67,5%							
Problemen m.b.t. een Levensdomein <sup>1</sup>	Lichamelijk Gezondheid		Arbeid		Fam. en soc. relaties		Psy. en emo. Gezondheid		Woonst	
	Ja 33,3 %	Nee 64,1 %	Ja 46,2 %	Nee 51,3 %	Ja 49,6 %	Nee 50,4 %	Ja 64,1 %	Nee 35,9 %	Ja 47 %	Nee 52,1 %
Ambulante begeleiding	0 41%		1 37,6%		2 10,3%		3 6%		4 0%	
Residentiële behandeling	0 55,6%		1 15,4%		2 12%		3 6%		4 4,3%	

<sup>1</sup> Missing values variëren over de verschillende levensdomeinen van 0,0% – 2,6%.

### 2.3.1.1. Follow-up

Uit de analyse van de ingevulde intakeregistratieformulieren (Tabel 14) blijkt dat de aanmeldingspunten in 40,2% van de gevallen bevestiging van het plaatsvinden van het intakegesprek kregen van de hulpverleningsdienst naar waar werd doorverwezen. Redenen voor het niet verkrijgen van een bevestiging zijn onder andere: de cliënt krijgt meteen bevestiging voor behandeling en hoeft niet eerst op intake te komen<sup>49</sup>, de cliënt mag niet op intake komen wegens ‘moeilijk gedrag’ tijdens een vorige behandeling, de cliënt is reeds gekend bij hulpverleningsdienst en lijkt nog steeds onvoldoende gemotiveerd,... 27 cliënten van de 117 (23,1%) kregen een bevestiging tot opname of begeleiding. Voor 25 cliënten (21,4%) kwam er geen bevestiging voor behandeling. Voor een klein deel (8%) van deze cliënten was dit zo omdat voor hen nog geen intakegesprek kon worden georganiseerd<sup>50</sup>. 9% van de cliënten zijn gestart met een behandeling of begeleiding. 15 cliënten (12,8%) zijn niet gestart. In geen enkel van deze gevallen is hierbij sprake van een cliënt die wel een attest tot residentiële opname of ambulante begeleiding had gekregen en na vrijlating alsnog niet is

<sup>49</sup> De aanmeldingspunten trachten met hun intake in de gevangenis de nood aan intake vanuit de hulpverleningsvoorziening te overstijgen.

<sup>50</sup> Cliënten hadden nog geen toestemming gekregen voor uitgangsvergunningen of mogen van de betreffende dienst pas op intake komen na detentie.

gestart met deze behandeling of begeleiding. Bij deze 15 cliënten werd de begeleiding of behandeling niet aangevat, aangezien de cliënt nog steeds in detentie verbleef of wegens een registratievorm waarbij automatisch 'nee' werd geregistreerd op de vraag of de cliënt was gestart nadat 'nee' werd aangeduid op de vraag voor 'bevestiging begeleiding' door de medewerker. Uit tabel 14 wordt tevens duidelijk dat er bij elk van de drie vragen aangaande de follow-up sprake is van 'missing values'.

Tabel 14: Follow-up gegevens op basis van intakeregistratieformulier (n=117)

Bevestiging intake?		Bevestiging begeleiding of behandeling?		Begeleiding of behandeling gestart?	
Ja	47 (40,2%)	Ja	27 (23,1%)	Ja	11 (9,4%)
Nee	38 (32,5%)	Nee	25 (21,4%)	Nee	15 (12,8%)
Missing	32 (27,4%)	Missing	65 (55,6%)	Missing	91 (77,8%)

### 2.3.1.2. Evaluatie intakeregistratieformulier

Via e-mail werd, na afloop van dit onderzoeksluik, aan de coördinatoren van de aanmeldingspunten gevraagd feedback te geven rond de bruikbaarheid van het intakeregistratieformulier. Op basis hiervan werd duidelijk dat het intakeregistratieformulier door de medewerkers van de verschillende aanmeldingspunten als een bruikbaar instrument werd ervaren. Het formulier was volgens hen duidelijk en logisch opgesteld en gemakkelijk in gebruik. Het werken met 'gesloten' categorieën werd echter soms als beperkend ervaren. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het luik over alcohol-, medicatie- en middelengebruik. Het CAP gaf aan hier geen voldoende genuanceerd beeld te kunnen weergeven omdat niet dieper kon worden ingegaan op onderwerpen zoals de motivatie tot gebruik, de kwantiteit, de periode en de uitlokkende factoren van dit gebruik. Ook het deel over de hulpverleningsgeschiedenis zouden de medewerkers van CAP liefst uitgebreider zien. Zo zouden zij graag ruimte voorzien om te registreren waar en wanneer cliënten reeds hulpverlening hebben gekregen en wat de duur van deze begeleiding of opname was. In het huidige formulier was immers enkel aandacht voor het aantal ambulante of residentiële begeleidingen of behandelingen. Volgens hen was het intakeregistratieformulier dus vooral bruikbaar in het kader van onderzoek, maar miste het meer diepgang om een goed doorverwijdsdossier te kunnen opstellen.

De drie aanmeldingspunten geven aan het formulier enkel te hebben gebruikt in kader van het onderzoek. De drie ontwikkelde registratieformulieren werden telkens bovenop het eigen registratiesysteem ingevuld. Het invullen van de formulieren voor het onderzoek verhoogde volgens Le Prisme en Step by Step daarom dus de werkdruk. Bovendien stelde Le Prisme in de evaluatie nogmaals dat de timing van dit onderdeel van het onderzoek niet ideaal was, gezien de onzekerheid over het voortbestaan van de aanmeldingspunten. Le Prisme gaf ook mee dat het gebruik van de formulieren voor hen soms niet strookte met de eigen visie inzake het winnen van vertrouwen bij de cliënten. De vraag tot deelname aan een onderzoek kon volgens hen soms een vertrouwensbreuk veroorzaken tussen de cliënt en de medewerker.

### 2.3.2. Registratieformulier cliëntgebonden activiteiten:

#### Activiteiten en tijdsinvestering per cliënt

Binnen het takenpakket van een medewerker van een aanmeldingspunt kunnen volgende activiteiten worden onderscheiden: (1) *cliëntgebonden activiteiten* zijn de gesprekken met de cliënten; (2) *cliënt-ondersteunende activiteiten* betreffen activiteiten zoals overleg rond de cliënten, administratie en voorbereiden cliëntdossiers, en opvolging van de cliëntdossiers; (3) *cliënt-overstijgende activiteiten* betreffen alle activiteiten die noodzakelijk zijn voor een goede werking van het aanmeldingspunt, zoals vormingen en studiedagen, teamvergaderingen, voorbereiden en opstellen jaar- en trimesterverslagen en (4) *andere tijdsinvesteringen* zijn investeringen die op zich

weinig bijbrengen aan de werking en gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext, zoals verplaatsingen naar de gevangenis, in- en uitchecken gevangenis, wachten op cliënten.

In dit deel van het onderzoek wordt dieper ingegaan op de tijd die medewerkers van de aanmeldingspunten investeren in het uitwerken en afronden van een individueel cliëntdossier. Hierbij wordt getracht meer zicht te krijgen op hoeveel tijd het een medewerker kost om cliënten te zien en te spreken, een doorverwijdsdossier op te stellen,... (tabel 15).

*Tabel 15: Activiteiten en tijdsinvesteringen voor een gemiddeld dossier*

	<b>CAP (n=12)</b>	<b>Le Prisme (n=6)</b>	<b>Step by Step (n=12)</b>
<b>Wachttijd tot eerste gesprek</b>	38 dagen	5 dagen	25 dagen
<b>Aantal gesprekken</b>	3 gesprekken	4 gesprekken	3 gesprekken
<b>Gemiddelde duur gesprek</b>	55 minuten	48 minuten	36 minuten
<b>Aantal professionele contacten</b>	7,75 contactmomenten	6,8 contactmomenten	5,5 contactmomenten
<b>Tijd verslag</b>	85 minuten	35 minuten	49 minuten
<b>Wachttijd beslissing hulpverlening</b>	17 dagen	4 dagen	20 dagen

### **2.3.2.1. Het CAP**

De medewerkers van het CAP hebben elk voor twee cliënten (totale n= 12) activiteiten en tijdsinvesteringen geregistreerd. In wat volgt, komen de wachttijden tussen de aanmelding en het eerste gesprek, informatie betreffende de intakegesprekken, de extra activiteiten, de professionele contacten en de voorbereiding voor de doorverwijzing aan bod.

Bij het CAP bedroeg de gemiddelde wachttijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek 38 dagen (Tabel 15). De minimale geregistreerde wachttijd is zeven dagen; de maximale wachttijd 93 dagen.

Per cliënt hebben gemiddeld drie gesprekken plaatsgevonden. Het eerste gesprek was bij elke medewerker een kennismakingsgesprek en focuste op het uitklaren van de hulpvraag. Tijdens de daaropvolgende besprekingen kwamen volgende thema's aan bod: informatie geven over de verschillende mogelijkheden qua hulpverlening; de hulpvraag aanpassen, indien de aanvraag geweigerd werd bij de oorspronkelijk gecontacteerde hulpverleningsdienst; het traject verder uitstippelen, indien er nog geen duidelijkheid was na een vorig gesprek; praktische afspraken maken betreffende de doorverwijzing; de cliënt helpen bij het schrijven van een brief; enz.

Een gemiddeld gesprek nam 55 minuten in beslag, waarbij de eerste ontmoeting meestal het langst duurde, omdat de medewerkers in dit gesprek zicht wilden krijgen op de cliënt en op wat voor hem of haar de best passende hulpverlening kon zijn. Wanneer de aanvraag tot behandeling door een hulpverleningsorganisatie geweigerd werd, stond het eerstvolgende gesprek met de cliënt in het teken van het bespreken van andere hulpverleningsmogelijkheden. Dit gesprek duurde gemiddeld langer dan de andere gesprekken (65 minuten). Tijdens de kortere gesprekken gaven de medewerkers van het CAP een stand van zaken mee, werd door de cliënt een korte vraag gesteld (bijvoorbeeld hoe hij/zij een brief moet schrijven) of werden praktische afspraken gemaakt. Soms was er echter ook sprake van een 'complex dossier'. Dit zijn dossiers waarbij er sprake is van een cliënt met specifieke ondersteuningsbehoeften<sup>51</sup> (cf. hoofdstuk 4) waarbij een hulpverleningstraject moeizaam kan worden uitgewerkt. In geval van een dergelijk gecompliceerd dossier, waren er minstens zes gesprekken met de cliënt nodig. Gesprekken duurden in dit geval ook meestal langer en konden oplopen tot 155 minuten.

Na de incheckprocedure in de gevangenis, werd de cliënt, op vraag van de CAP-medewerker, opgeroepen door een penitentiair bewakingsassistent (PBA) en vond het gesprek plaats in een gesprekslokaal. Tijdens het wachten op de cliënt werkten de medewerkers administratieve taken af.

<sup>51</sup> De doorverwijzing van cliënten met een verstandelijke beperking, cliënten met een diagnose psychopathie, cliënten die illegaal in het land verblijven, cliënten onder bepaalde justitiële statuten,... verlopen moeizaam.

Ze haalden bijvoorbeeld rapportbriefjes op, zochten een dossier op van de cliënt (indien de cliënt reeds in het verleden bij het CAP in begeleiding was geweest en nu dus een nieuwe vraag aan het CAP stelde), beantwoordden mails,... Het wachten op een cliënt nam tussen de 5 en 30 minuten in beslag. In de gevangenis werden de PSD en het JWW regelmatig gecontacteerd door de CAP-medewerkers (deze worden als interne contacten benoemd). De communicatie verliep in deze gevallen vooral via mail, maar ook af en toe telefonisch of persoonlijk. Meestal gingen deze gesprekken over het opvragen van extra informatie over de cliënt of werd de eventuele aanmelding bij een hulpverleningsorganisatie besproken. Onder externe professionele contacten verstonden de CAP-medewerkers verschillende hulpverleningsdiensten (zowel voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg als drughulpspecifieke voorzieningen), maar ook advocaten. Hier werd e-mail opnieuw als het voornaamste communicatiemiddel vermeld. In deze contacten werd gesproken over de aanmelding, was er overleg over een cliënt, werd feedback gegeven als een hulpverleningsdienst de aanvraag had geweigerd, werd een stand van zaken gevraagd,... Medewerkers spendeerden gemiddeld 98 minuten aan deze professionele contacten (mailen, bellen en persoonlijk contact) in functie van de cliënt en namen hiervoor gemiddeld net geen acht keer contact op met interne of externe professionelen. Een complexer dossier vroeg van de medewerker soms tot 40 contactmomenten met andere (interne en externe) professionelen. Er werd bij deze complexe dossiers immers meer nood aan overleg ervaren.

De tijd die een medewerker aan het opstellen van een (doorverwijzings)verslag besteedde, hing af van de complexiteit van een dossier. Gemiddeld duurde het opmaken van een verslag 85 minuten. Bij complexe dossiers kon dit oplopen tot 235 minuten per verslag. Een CAP-medewerker diende gemiddeld 17 dagen<sup>52</sup> te wachten vooraleer hij/zij een beslissing kreeg van de hulpverleningsorganisatie betreffende het al dan niet kunnen starten met de begeleiding of behandeling. Bij een voorbeeld van een complex dossier diende een medewerker, en dus ook de cliënt, in totaal 56 dagen te wachten (8 dagen op antwoord van een eerste voorziening, 44 dagen bij een tweede en 4 dagen bij een derde voorziening)

### **2.3.2.2. Le Prisme**

Het deel over de activiteiten in functie van cliënten van Le Prisme volgt dezelfde structuur als die van het CAP. Deze informatie is gebaseerd op de gegevens van zes cliënten. Twee medewerkers hebben een formulier voor één cliënt geregistreerd; twee andere medewerkers hebben elk voor twee cliënten de cliëntgebonden registratieformulieren ingevuld. Wegens het onzekere bestaan van de aanmeldingspunten op het moment van registratie, was er ook sprake van een minder stabiel team bij Le Prisme. Dit resulteerde in een grote werkdruk, waardoor het opnemen van extra taken, zoals het registreren in functie van het onderzoek, moeilijkheden met zich mee bracht.

De tijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek varieerde tussen 2 en 11 dagen. De gemiddelde wachttijd bedroeg vijf dagen.

De medewerkers voerden gemiddeld vier gesprekken met hun cliënten. Bij een complex dossier werden meer gesprekken georganiseerd (met een maximum van acht gesprekken). De tijd tussen deze gesprekken varieerde van 0 tot 44 dagen. In het eerste gesprek overliep de cliënt zijn levensverhaal en gebeurde er reeds een eerste analyse van de hulpvraag. In de daaropvolgende gesprekken gaven de medewerkers bijkomende informatie, bespraken ze met een cliënt een nieuwe aanvraag, overliepen ze de stand van zaken,... Net als bij het CAP, nam ook hier het eerste gesprek het meeste tijd in beslag. Dit eerste gesprek duurde gemiddeld 65 minuten, de andere gesprekken duurden gemiddeld 37 minuten.

Voor een gesprek effectief van start kon gaan, kwamen de volgende stappen bij alle medewerkers aan bod: de verplaatsing naar de gevangenis, de binnenkomst in de gevangenis en het wachten op de

---

<sup>52</sup> Op basis van de gegevens van 6 cliënten. Voor de andere helft van de cliënten werd dit niet ingevuld door de medewerkers.

cliënt. De binnenkomst in de gevangenis nam meestal 15 minuten in beslag. Soms dienden de medewerkers lang te wachten op hun cliënt (45 minuten), andere keren ging dit sneller (15 minuten). Dit verschil is eerder toevallig en hangt af van de moment van de dag en van de penitentair bewakingsassistenten die dan aan het werk zijn. Af en toe gebeurde het dat de medewerkers wachtten op een cliënt, maar dat deze uiteindelijk niet op de afspraak kwam omdat hij/zij bezoek had of omdat hij/zij de cel niet mocht verlaten.

De medewerkers van Le Prisme namen zelden contact op met personen of diensten binnen de gevangenis. Dit gebeurde slechts tweemaal (met de griffie en met de PSD). Ze hadden voornamelijk professionele contacten met de hulpverleningsdiensten (zowel voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg als drughulpspecifieke voorzieningen) en advocaten. De communicatie verliep meestal telefonisch, al werd er af en toe ook gemaild of was er sporadisch persoonlijk contact. De inhoud van deze contacten was meestal gerelateerd aan het maken van afspraken voor de cliënt of het opvragen of uitwisselen van (gerechtelijke) informatie. Gemiddeld gezien besteedden de medewerkers van Le Prisme 136 minuten aan de professionele (interne en externe) contacten. Het aantal contactmomenten met professionals, zowel binnen als buiten de gevangenis, ligt hoger bij complexe dossiers dan bij standaarddossiers. Dit kan oplopen tot 19 contactmomenten.

De tijd die medewerkers spendeerden aan het opmaken van het verslag varieert tussen 15 en 60 minuten. Gemiddeld gezien nam het opstellen van dergelijk verslag 35 minuten in beslag. Het samenstellen voor een verslag duurde langer bij een complex dossier (60 minuten). De medewerkers van Le Prisme dienden meestal niet lang te wachten voordat ze een antwoord kregen van de hulpverleningsorganisaties (gemiddeld 4 dagen).

### **2.3.2.3. Step by Step**

Bij Step by Step is de informatie gebaseerd op gegevens van 12 cliënten. Zes medewerkers volgden elk voor twee cliënten de activiteiten en tijdsinvesteringen op.

De gemiddelde wachttijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek bij Step by Step bedroeg 25 dagen (variërend van 0 tot 74 dagen). Gemiddeld waren er drie gesprekken per cliënt. Een complex dossier vereiste, volgens de registratie van de medewerkers, tot vijf gesprekken. De analyse van de vraag werd behandeld tijdens dit eerste gesprek. Dit gesprek was eveneens de langste conversatie, net als bij de andere aanmeldingspunten, en duurde gemiddeld gezien 51 minuten. Andere onderwerpen die de medewerkers met de cliënten bespraken tijdens bijkomende afspraken waren: het geven van informatie, het verder uitwerken van het traject, het wijzigen van de vraag,... Een gesprek nam gemiddeld 36 minuten in beslag en de duur varieerde tussen 15 en 90 minuten.

Bij Step by Step waren de acties die men dient te ondernemen vooraleer de cliënt gezien kon worden hetzelfde als bij het CAP en Le Prisme: het binnenkomen en aanmelden in de gevangenis en het wachten op de cliënt (waarvan in een aantal gevallen werd aangegeven dat deze niet op de afspraak aanwezig was). De professionele contacten waren divers. Er werden verschillende externe hulpverleningsorganisaties (zowel voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg als drughulpspecifieke voorzieningen) gecontacteerd, en dit vooral telefonisch. Interne contacten met personen in de gevangenis werden minder frequent gerapporteerd. De professionele contacten waren gericht op het uitwisselen van informatie, het aanvragen van een attest of het maken van afspraken. Deze contacten namen gemiddeld 63 minuten per dossier in beslag. Medewerkers namen gemiddeld 5,5 keer contact op met andere professionals, bij complexe dossier liep dit op tot 7 contactmomenten.

Het opstellen van het verslag duurde bij Step by Step gemiddeld 49 minuten. In het geval van een meer complex dossier bedroeg dit 75 minuten. Op basis van de gegevens van 5 cliëntdossiers<sup>53</sup> werd duidelijk dat het wachten op een antwoord van de hulpverleningsdiensten gemiddeld 20 dagen duurde.

---

<sup>53</sup> Bij andere cliënten werd niet geregistreerd hoe lang het duurde voor er een antwoord vanuit de hulpverlening kwam.

### 2.3.3. Registratieformulier cliënt-overstijgende activiteiten: Volledig takenpakket

Tabel 16 geeft een overzicht van de proportionele tijdsverdeling tussen de vier verschillende soorten activiteiten. Hieruit blijkt de verdeling en tijdinvestering per activiteitscategorie ongeveer gelijklopend te zijn voor de drie aanmeldingspunten. 20% tot 32% van de totale werktijd gaat naar gesprekken met de cliënten. Cliënt-ondersteunende taken nemen voor elk aanmeldingspunt ongeveer 40% van de werktijd in. Dit betekent dat 30% tot 40% van de tijd uitgaat naar taken die niet rechtstreeks aan een individuele cliënt kunnen worden gelinkt. Cliënt-overstijgende activiteiten zijn daar een deel van en zijn in het belang van de algemene werking van de aanmeldingspunten. Ook deze activiteiten blijken per aanmeldingspunt meer of minder evenveel tijd in beslag te nemen. Bij Le Prisme loopt de werktijd in functie van cliënt-overstijgende activiteiten op tot 51%. Al dient hier wel opgemerkt te worden dat er voor de cliëntgebonden activiteiten geen registratie is gebeurd, waardoor bij Le Prisme mogelijks een overschatting bestaat van de tijd die wordt geïnvesteerd aan cliënt-overstijgende activiteiten<sup>54</sup>. Le Prisme heeft deze tijdsinvesteringen enkel via het registratieformulier cliëntgebonden activiteiten geregistreerd. Deze gegevens betreffen de tijdsactiviteiten bij twee cliënten en niet over een volledige werkweek (wat de missing value in tabel 16 verklaart). Andere activiteiten, die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext, nemen tot 18% van de totale werktijd in van de medewerkers (tabel 16).

Tabel 16: Takenpakket aanmeldingspunten

	CAP	Step by Step	Le Prisme	Gemiddeld <sup>55</sup>
<b>Cliëntgebonden activiteiten</b>	32%	20%	Missing	26%
<b>Cliënt-ondersteunende activiteiten</b>	38%	38%	40%	39%
<b>Cliënt-overstijgende activiteiten</b>	12%	24%	51%	29%
<b>Andere tijdsinvesteringen</b>	18%	9%	9%	12%

### 2.3.4. Telefonische vragenlijst

57 cliënten werden gecontacteerd voor deelname aan de telefonische follow-up bevraging. Slechts 10 cliënten (7 van het CAP, 2 van Step by Step en 1 van Le Prisme) konden effectief worden bereikt, ondanks herhaalde pogingen (zie supra, tabel 12).

Van de 47 cliënten die niet konden worden bereikt, waren vier cliënten (7%) in opname<sup>56</sup> en dus moeilijk bereikbaar. 12 cliënten (21,1%) zaten nog steeds of terug in de gevangenis, en werden zoals aangegeven in de methodologie, niet in dit deel van de studie betrokken. Eén cliënt (1,8%) weigerde deel te nemen aan het follow-up onderzoek en 12 telefoonnummers van cliënten (21,1%) bleken niet (meer) in gebruik te zijn. Bij 11 cliënten (19,3%) werd er na drie pogingen beslist geen nieuwe pogingen tot contact te nemen en voor zes andere cliënten (10,5%) waren de redenen voor het niet kunnen plaatsvinden van de bevraging velerlei: de respondent belde zelf niet meer terug en was niet meer bereikbaar bij later contact door het onderzoeksteam, familie weet niet goed waar het over gaat en weigerde vertrouwelijke informatie door te geven,...<sup>57</sup>

<sup>54</sup> Step by Step en het CAP registreerden bijkomend de cliënttijd, hoewel er niet expliciet naar deze inschatting werd gepeild op het registratieformulier.

<sup>55</sup> Deze gemiddeldes dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden wegens de missing values en aangezien de berekening van de gemiddeldes niet proportioneel afgewogen werd ten opzichte van het aantal bevroegde medewerkers per aanmeldingspunt.

<sup>56</sup> Twee cliënten verbleven in een therapeutische gemeenschap en twee cliënten waren in opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

<sup>57</sup> De telefoonnummers die gebruikt werden om de cliënten te contacteren betreffen telefoonnummers van sociale netwerkleden van de (ex-gedetineerden).

Uit de bevraging van deze 10 cliënten komen volgende resultaten<sup>58</sup> naar voor:

#### *Deel 1: Huidige drughulpverleningssituatie*

Vijf cliënten zijn momenteel nog in ambulante begeleiding bij een arts of een drughulpspecifieke voorziening<sup>59</sup> en gaven aan erg tevreden te zijn met de behandeling, met een gemiddelde score van 4,2 op 5 (range 4 – 5). Eén van de participanten gaf aan dat in begeleiding gaan “*de beste beslissing van zijn leven was geweest*”. Van de vijf cliënten, die niet in behandeling of begeleiding zijn, had één cliënt vroegtijdig moeten afronden omdat het financieel te moeilijk werd, gaf één cliënt aan niet te zijn doorverwezen door een aanmeldingspunt, had één cliënt voor een andere vorm van hulpverlening gekozen na vrijlating dan wat door het aanmeldingspunt voorop was gesteld<sup>60</sup> en waren twee cliënten wachtende (wegens een wachtlijst) om de begeleiding bij een ambulante dienst op te starten.

#### *Deel 2: Rol aanmeldingspunt op vlak van doorverwijzing, informatieverstrekking en motivatiebevordering*

Cliënten waren over het algemeen tevreden over de rol van het aanmeldingspunt met betrekking tot de *doorverwijzing* (gemiddelde score van 4,5 op 5 op de Likertschaal, range 3,5 – 5). Slechts één respondent gaf geen score op deze vraag omdat het aanmeldingspunt nooit had doorverwezen en omdat dit volgens hem/haar ook niet nodig was. De algemene hoge tevredenheid over de rol van de aanmeldingspunten had onder andere te maken met het vlotte verloop van de doorverwijzing en met de ervaring dat er rekening werd gehouden met de keuze van de cliënt. De aanmeldingspunten werden ook positief beoordeeld met betrekking tot het *verschaffen van informatie* (gemiddelde score van 4,4 op 5, range 3 – 5). Volgens de cliënten werd er voldoende informatie gegeven en werden alle vragen snel en duidelijk beantwoord. Cliënten gaven tevens aan dat de aanmeldingspunten *motiverend werken*. Sommige cliënten gaven aan reeds gemotiveerd te zijn voor behandeling vóór een gesprek met een medewerker en voelden zich dankzij de gesprekken extra gesteund. Andere cliënten bevestigden dat de motivatie was gestegen dankzij de gesprekken met een medewerker. Eén cliënt heeft geen score gegeven, omdat hij/zij niet echt kon aangeven of er iets veranderd was met zijn/haar motivatie. De overige participanten scoorden de werking van de aanmeldingspunten met betrekking tot het thema motivatiebevordering tussen 3,5 en 5, met een gemiddelde van 4.

#### *Deel 3: Huidige alcohol-, medicatie- en/of druggebruik*

Bij 7 van de 10 bevroegde cliënten was er geen sprake meer van gebruik. Twee van de drie cliënten die op het moment van de bevraging aangaven nog wel te gebruiken, gaven aan minder te gebruiken sinds de doorverwijzing.

#### *Deel 4: Perceptie op andere (levens)gebieden*

Cliënten gaven aan dat er na de doorverwijzing nog steeds moeilijkheden werden ervaren op andere (levens)gebieden. Naast problemen met verslavende middelen, gaven cliënten dus aan ook op andere vlakken problemen te ervaren waar ze ondersteuning of behandeling als noodzakelijk ervaren. Voor 6 van de 7 levensgebieden (lichamelijke gezondheid, arbeid, familiale en sociale relaties, psychische en emotionele gezondheid, schulden en justitie) gaat dit telkens over minder dan de helft van de respondenten. Enkel woonst bleek, volgens de 10 bevroegde cliënten, geen probleem te vormen.

---

<sup>58</sup> Uiteraard dienen deze resultaten met enige voorzichtigheid te worden benaderd, aangezien het hier een beperkt aantal respondenten (n=10) betreft.

<sup>59</sup> Eén iemand volgt momenteel een ambulante begeleiding als vervolg op de opname in een crisisprogramma.

<sup>60</sup> Hij/zij was hier tevens niet meer in begeleiding.



### *Deel 5: Algemeen welbevinden van het aanmeldingspunt*

Over het algemeen rapporteerden de cliënten een hoge tevredenheid met betrekking tot de werking van de aanmeldingspunten en rapporteerden ze het gevoel geholpen te worden. Als werkpunt werd enkel de lange wachttijd aangegeven. Cliënten zouden graag sneller worden gezien voor een eerste gesprek door een medewerker nadat hij/zij zich heeft aangemeld.

## **2.4. Conclusie**

### **2.4.1. Registratie**

In dit werkpakket werd een gestandaardiseerd intakeregistratieformulier, gericht op het verzamelen van cliëntkenmerken, ontwikkeld voor de drie aanmeldingspunten. Dit formulier bleek volgens de medewerkers een gebruiksvriendelijk instrument te zijn, al hadden de medewerkers van het CAP bij het gebruiken van het formulier de opmerking dat er onvoldoende genuanceerd kon geantwoord worden op een aantal vragen. Het formulier was volgens hen vooral gericht op het verzamelen van informatie in functie van onderzoek en minder in het kader van de concrete praktijk (doorverwijzing). Door het huidige intakeregistratieformulier, met vooral gesloten vragen, aan te passen en aan te vullen met optionele open vragen, waarop de medewerkers de nodige extra randinformatie kunnen weergeven, werd tegemoet gekomen aan deze suggestie (zie bijlage 1 en 2).

Het standaardiseren van het intakeregistratieformulier zorgde er tevens voor dat elke variabele op eenzelfde manier werd weergegeven door de drie aanmeldingspunten. Dit gaf een opvallend ander beeld van het profiel van de cliënten (in vergelijking met de resultaten op basis van werkpakket 1, zie hoofdstuk 1). Door expliciet aan de cliënten te vragen op welke andere levensdomeinen, naast middelenproblemen, ze nog moeilijkheden ervaren, werd duidelijk dat er bij cliënten van de aanmeldingspunten sprake is van een complex kluwen aan problemen. Deze moeilijkheden reiken immers verder dan een drugproblematiek en situeren zich op het gebied van lichamelijke gezondheid, arbeid, familiale en sociale relaties, psychische en emotionele gezondheid, financiële situatie en justitie.

Ook het toevoegen van vragen betreffende het aantal voorgaande behandelingen in het intakeregistratieformulier, leverde belangrijke bijkomende informatie op die niet werd geregistreerd in de bestaande registratieformulieren. Zo bleek een derde van de cliënten van de aanmeldingspunten in het verleden nog nooit ambulantly of residentiële begeleiding te zijn geweest in functie van zijn/haar middelenprobleem. Deze vaststelling geeft aan dat de aanmeldingspunten er lijken in te slagen om een belangrijke groep cliënten te bereiken die nog niet eerder door de drughulpverlening bereikt werden.

### **2.4.2. Follow-up**

In functie van continuïteit van zorg is het belangrijk zicht te hebben op het resultaat van de oriëntatie en doorverwijzing van cliënten (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). De follow-up vragen die in het intakeregistratieformulier zijn opgenomen bleken echter vaak niet ingevuld. Dit kan mogelijks verklaard worden door het korte tijdsinterval waarin formulieren dienden te worden ingevuld in kader van het onderzoek. Hierdoor rijst de vraag hoe en door wie deze aftoetsing best in de toekomst kan gebeuren. Uit hoofdstuk 1 (cf. supra 1.3.1.4.) bleek immers dat de derde follow-up vraag uit dit formulier: 'Is de cliënt gestart met de behandeling of begeleiding?' door 10% van de externe hulpverleners niet werd beantwoord omwille van het beroepsgeheim.

Uit de telefonische follow-up, zes maanden na het eerste contact met een medewerker van een aanmeldingspunt, bleek nogmaals de moeilijkheid om de uitkomsten van de aanmeldingspunten in kaart te brengen. Slechts bij 17,5% van de cliënten die reeds vrij zouden zijn gekomen (10 van de 57), kon er een bevraging doorgaan. De belangrijkste reden voor dit lage bereik is enerzijds de vaststelling

dat 21,1% van de bereikte cliënten nog (of terug) in de gevangenis verbleef. Anderzijds kon eenzelfde aantal cliënten (21,2%) niet bereikt worden, aangezien het opgegeven telefoonnummer niet langer in gebruik was. Om de uitkomsten van de werking van de aanmeldingspunten betrouwbaarder te kunnen weergeven, zal er meer aandacht nodig zijn voor de opvolging en registratie bij follow-up. De resultaten van deze follow-up dienen dan ook met grote voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

### **2.4.3. Tijdsinvestering**

Aan de hand van een 'cliënt-overstijgend' registratieformulier werd aan de medewerkers van de aanmeldingspunten gevraagd nauwgezet bij te houden hoeveel tijd er naar hun verschillende taken en activiteiten uitging. Door dit te objectiveren werd duidelijk dat het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten meer behelst dan enkel de gesprekken met (cliëntgebonden activiteiten nemen 20% tot 32% van de werktijd in) en het doorverwijzen van de cliënten (cliënt-ondersteunende activiteiten behelzen 40% van de werktijd). 30% tot 40% van de werktijd van de medewerkers gaat dus uit naar taken en activiteiten die niet rechtstreeks aan individuele cliënten kunnen worden gelinkt. Dit is een belangrijke bevinding die dient te worden meegenomen naar de toekomst. Dit betreft cliënt-overstijgende en andere activiteiten die te maken hebben met het werken in een detentiecontext. Tot 18% van de werktijd van de medewerkers van de aanmeldingspunten gaat uit naar zogenaamde 'andere activiteiten'. Het aanpassen en/of anders organiseren van de tijdsinvesteringen die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext (bijvoorbeeld, de tijd die verloren gaat aan het betreden van de gevangenis of het wachten op cliënten die worden opgeroepen) kan een eerste stap zijn in het efficiënter beheren van de beschikbare tijd. Zodoende kunnen wachttijden worden verkort en kunnen cliënten sneller worden gezien door een medewerker. Het lange wachten op een eerste gesprek met een medewerker was volgens de 10 bevroegde cliënten immers het enige werkpunt van de aanmeldingspunten.

## Referenties

MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.

MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.

## Chapitre 3 Analyse rétrospective des bases de données disponibles

*Eric Maes & Benjamin Mine*

### 3.1. Introduction

Ce second volet du projet de recherche a été conçu pour évaluer la relation potentielle entre les activités accomplies par les points centraux de contact, d'orientation et d'accompagnement pour usagers de drogues incarcérés (PCOA) et la récidive. Il faut toutefois d'emblée préciser que la diminution, voire l'évitement de la récidive, ne constitue pas l'objectif premier des interventions des PCOA auprès de leurs bénéficiaires même s'ils sont impliqués dans un tel processus. Il s'agit avant tout pour eux d'assurer, à travers leurs missions d'information et d'orientation, la continuité et l'équivalence de soins entre l'intra- et l'extramuros telles qu'elles sont prévues par la circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue en milieu carcéral<sup>61</sup> et la loi de principes du 12 janvier 2005 (art. 88 et 89). Par conséquent, il s'agira moins en l'occurrence d'une évaluation à proprement parlé de l'efficacité de l'intervention des PCOA sur la base du taux de récidive observé, pris comme critère de succès et d'échec de celle-ci, que d'une analyse exploratoire des variables susceptibles d'affecter la récidive parmi lesquelles l'intervention du PCOA.

L'originalité de ce volet de la recherche réside sans nul doute dans l'articulation inédite de six bases de données différentes : parquets correctionnels (TPI-REA), casier judiciaire central (CJCS), établissements pénitentiaires (SIDIS-Greffe) et celles des trois PCOA. Pour ce faire, l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie (INCC) a introduit préalablement auprès de la Commission de la protection de la vie privée (CPVP) une déclaration de traitement ultérieur de données non-codées à des fins historiques statistiques et scientifiques qui a été publiée sur le site web de la Commission et pour laquelle cette dernière a émis une recommandation (TU n°04/2015 du 16 juillet 2015). L'INCC a obtenu consécutivement l'autorisation d'exploiter les données de la Direction générale des établissements pénitentiaires (DGEPI), du Casier judiciaire central (CJCS), du Collège des procureurs généraux (CPG) ainsi que des différents PCOA.

Les analyses porteront principalement sur deux groupes de détenus orientés vers les PCOA en 2011, 2012 et 2013 et ensuite sortis de prison. Le premier groupe est composé des personnes qui ont été vues par l'un des collaborateurs des PCOA tandis que le second groupe rassemble les personnes qui se sont inscrites auprès des PCOA mais qui n'ont pas pu être rencontrées pour des raisons diverses (libérations, transferts, refus, etc.), lesquelles figurent sur une liste d'attente<sup>62</sup>.

La récidive sera établie à partir de trois indicateurs : l'entrée de nouvelles affaires judiciaires dans la base de données des parquets correctionnels (TPI-REA), l'enregistrement de nouvelles décisions judiciaires définitives dans le Casier judiciaire central (CJCS) et les éventuels retours en prison enregistrés dans la base de données des établissements pénitentiaires (SIDIS-Greffe). Après avoir donné une description de l'ensemble de l'échantillon, la prévalence et la vitesse de la récidive seront calculées pour les deux groupes de personnes. La comparaison entre les deux groupes visera à examiner, au moyen d'analyses de survie bivariée (Kaplan-Meier) et ensuite multivariée (Cox), l'impact relatif de différentes variables sur la récidive en tenant compte, pour chacune des personnes de l'échantillon, du temps écoulé jusqu'à la (première) récidive.

<sup>61</sup> Circulaire ministérielle n° 1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue, Service public fédéral Justice - Direction générale Exécution des peines et mesures.

<sup>62</sup> Une autre approche (au niveau de la détermination du groupe contrôle) n'était pas envisageable car la base de données des établissements pénitentiaires ne permet pas d'identifier les usagers de drogue incarcérés.

## 3.2. Echantillon, définition, mesure et période de suivi

### 3.2.1. Echantillon

L'échantillon est composé de toutes les personnes présentes en prison (ou placées sous surveillance électronique) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013<sup>63</sup> qui ont été vues par un collaborateur du PCOA ou placées sur liste d'attente au cours de cette période. Les analyses de récidive concerneront toutes les personnes qui sont ensuite sorties de prison (entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 26 septembre 2014, date des dernières informations disponibles dans l'extraction de la base de données des établissements pénitentiaires), les autres ont quant à elles été écartées dans la mesure où de telles analyses ont peu de pertinence si elles n'ont pas quitté la prison.

### 3.2.2. Définition

Les personnes vues sont les personnes ayant eu au moins un entretien avec un collaborateur du PCOA au cours de leur période de détention de référence (déterminée sur la base de la première date d'ouverture enregistrée auprès des PCOA) tandis que les personnes non vues sont les personnes placées sur la liste d'attente au cours de leur période de détention de référence.

Pour les PCOA, la libération vise indistinctement tous les cas de figure où la personne quitte la prison. L'administration pénitentiaire distingue quant à elle différents motifs de radiation, c'est-à-dire différentes situations assimilées à une libération (fin de peine, libération conditionnelle, libération provisoire, levée mandat d'arrêt). La détention vise dès lors la période qui s'écoule entre la date d'écrou et la date de libération (où la date de survenance d'événements comme les suicides, évasions, décès). Le placement sous surveillance électronique et la détention limitée ne sont en revanche pas considérés comme une libération mais bien comme une détention qui se poursuit sous un autre régime que le régime ordinaire.

Nous avons adopté la même conception de la 'libération' que celle de l'administration pénitentiaire. Ainsi, nous avons distingué parmi les personnes de notre échantillon qui sont sorties de prison, celles qui ont obtenu une surveillance électronique<sup>64</sup> des autres (libérés fin de peine, libérés conditionnels, libérés provisoires, libérés à la suite de la mainlevée du mandat d'arrêt).

<sup>63</sup> L'extraction de SIDIS-Greffe reprend l'ensemble des informations relatives à chacune de ces personnes. Chaque personne peut avoir un ou plusieurs titres de détention au cours de cette période pour le(s)quel(s) tous les mouvements de la personne sont enregistrés. Pour chacune des personnes composant l'échantillon, il a fallu déterminer le titre de détention de référence sur la base de la première date d'ouverture de dossier enregistrée au niveau des PCOA. Il faut toutefois rappeler que la signification de la date d'ouverture varie en fonction du PCOA, il peut s'agir de la date de demande, de la date d'enregistrement de la demande ou encore de la date d'entretien effectif. Bien que la qualité de l'enregistrement de la date d'ouverture laisse parfois/souvent à désirer, elle a été mobilisée pour déterminer le titre de détention de référence. De manière générale, la date d'écrou précédant la date d'ouverture fut prise en considération pour déterminer le titre de détention de référence. Dans les cas où la date d'ouverture enregistrée se situait en dehors d'une période de détention, c'est-à-dire que la personne ne se trouvait pas en prison ou sous surveillance électronique, celle-ci a été considérée comme erronée et adaptée de manière à ce qu'elle corresponde à la date d'écrou du titre de détention qui précède la date d'ouverture avant sa modification. S'il n'y a pas au moins un jour de détention entre le 1/1/2011 et la date d'ouverture, de telle sorte qu'il n'est pas possible de déterminer la période de détention dans laquelle la date d'ouverture s'inscrit, alors la personne a été écartée. Les personnes dont la date d'ouverture correspondait à une période où elles étaient à l'extérieur sous surveillance électronique furent aussi écartées.

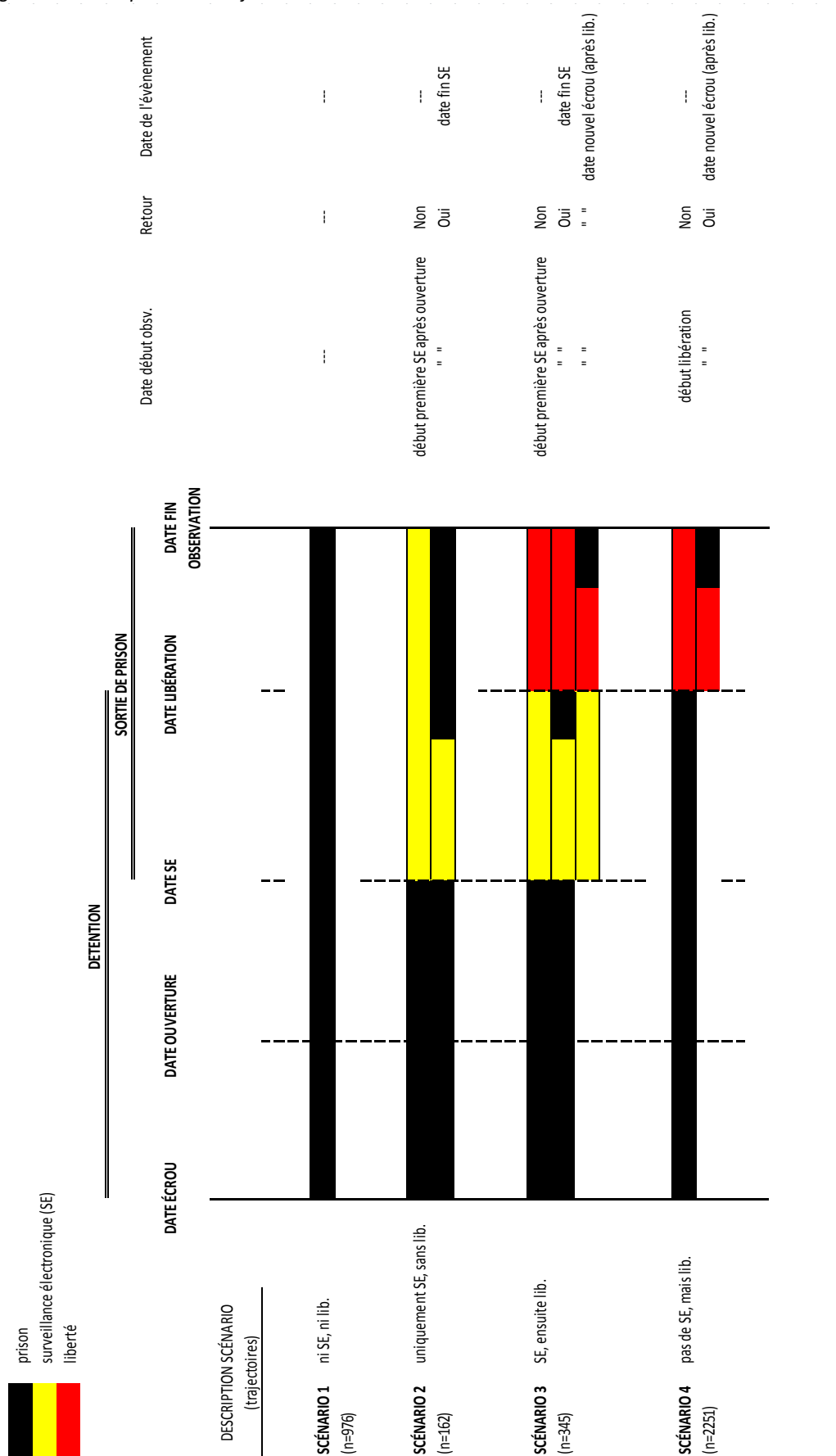
<sup>64</sup> Au cours de la période de référence prise pour l'étude, la surveillance électronique pouvait être exécutée sous deux types de dispositifs distincts : la surveillance électronique dite 'classique' et la détention à domicile dite 'Voice'. La détention à domicile est octroyée aux personnes condamnées à une peine d'emprisonnement égale ou inférieure à 8 mois. Lors de leur écrou, voire au plus tard dans les 72h qui suivent, les personnes qui en bénéficient sont immédiatement mis en interruption de peine et renvoyées chez elles en attendant le placement effectif du dispositif. A priori, peu de personnes de notre échantillon sont susceptibles d'être concernées par cette forme de surveillance électronique au sens où il est fort peu probable, mais pas impossible, qu'elles aient eu le temps d'introduire

Les personnes vues et non-vues par les PCOA ont ainsi été réparties à travers quatre scénarios différents :

Le premier scénario réunit toutes les personnes qui n'ont pas obtenu de surveillance électronique, ni de libération entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 26 septembre 2014 (n= 976, soit 26,1%). Le second concerne celles et ceux qui ont fait l'objet d'au moins un placement sous surveillance électronique au cours de cette période, lequel a éventuellement pu être révoqué, sans que cela soit suivi d'une libération (n= 162, soit 4,4%). Le troisième scénario rassemble les personnes ayant connu au moins un placement sous surveillance électronique (révoqué ou non) suivi d'une libération (n= 345, soit 9,2%). Dans le dernier scénario, figurent toutes les personnes qui n'ont pas eu de surveillance électronique mais qui ont été libérées entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 26 septembre 2014 (n= 2251, soit 60,3%) (Figure 2).

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Figure 2. : Description des trajectoires de détention



## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Le Tableau 16. donne pour les scénarios 2 à 4 un aperçu détaillé des motifs de radiation et des types de sortie de prison selon le statut légal des personnes au moment de leur sortie de prison.

Tableau 16 : Aperçu détaillé des motifs de radiation et des types de sortie de prison

STATUT LÉGAL AU MOMENT DE LA SORTIE			TYPE SORTIE PRISON	N	%	CATÉGORIE MOTIF RADIATION
<b>Codes 'régime' (GE)</b>	<b>Scénario</b>	<b>Description</b>				
GE5	Condamné déf. 2-3	Surveillance électronique (= scénario 2-3)	Surv. électr. (=avec conditions)	507	18,4	-
<b>Codes 'libération' (HA)</b>						
HA02	Condamné déf.	4	Lib. à l'expiration de la peine ou de la mesure	255	9,2	Fin de peine
HA03	Condamné déf.	4	Lib. paiem. amendes & frais de justice	1	0,0	Fin de peine
HA13	Condamné déf.	4	Lib. conditionnelle	178	6,5	Libération conditionnelle
HA14	Condamné déf.	4	Lib. provis. pour raison de santé	2	0,1	Libération provisoire (spéc.)
HA15	Condamné déf.	4	Libération provisoire	646	23,4	Libération provisoire (gén.)
HA18	Condamné déf.	4	Lib. provis. en vue d'éloignement du pays	13	0,5	Libération provisoire (spéc.)
HA19	Condamné déf.	4	Lib. provis. en vue d'extradition	1	0,0	Libération provisoire (spéc.)
HA23	Condamné déf.	4	Lib. provis. paiem. acompte amendes & frais just.	2	0,1	Libération provisoire (spéc.)
HA31	Condamné déf.	4	Lib. en vue rem. front. étranger à disp. Sûreté	1	0,0	Étrangers (excl. lib. prov.)
HA46	Condamné déf.	4	Retrait d'exécution peine ou mesure	4	0,1	Autre
HA57	Condamné déf.	4	Transfert d'une personne condamnée et détenue en Belgique vers une prison étra	4	0,1	Autre
HA65	Condamné déf.	4	MD.T - libération s/surveillance	3	0,1	Autre
HA67	Condamné déf.	4	Libération provisoire en vue d'un éloignement ou d'un transfert par l'OE	3	0,1	Libération provisoire (spéc.)
HA90	Condamné déf.	4	Décision de non-suspension après une arrest. provisoire (LC-LP-MD.T)	3	0,1	Autre
HA91	Condamné déf.	4	Mainlevée de la suspension (LC-LP-MD.T)	6	0,2	Autre
HA01	Prévenu/autre	4	Mainlevée du mandat d'arrêt, ord. garde prov.	381	13,8	Détention préventive
HA06	Prévenu/autre	4	Lib. provis. opposition ou appel	52	1,9	Détention préventive
HA08	Prévenu/autre	4	Lib. provis. prévenu sous mandat d'arrêt ou accusé	59	2,1	Détention préventive
HA09	Prévenu/autre	4	Lib. application art.33 loi dét.préventive	238	8,6	Détention préventive
HA10	Prévenu/autre	4	Lib. suite acquittement	1	0,0	Détention préventive
HA24	Prévenu/autre	4	Lib. essai délinquant anormal	118	4,3	Internés
HA25	Prévenu/autre	4	Lib. essai récidiviste ou délinq. à disp. Gouvern.	1	0,0	Autre
HA39	Prévenu/autre	4	Placement établiss. psych.privé ordre comm. déf.sociale	1	0,0	Internés
HA87	Prévenu/autre	4	Liberation suite au retrait ou mainlevée du 'Placement Provisoire'	1	0,0	Mineurs
HA92	Prévenu/autre	4	Mainlevée du mandat d'arrêt avec conditions	277	10,0	Détention préventive
				2758	100,0	



### 3.2.3. Mesure de la récidive

La date de libération ou d'octroi d'une surveillance électronique (scénario 2 à 4) marque le début de la période de suivi. Les personnes qui n'ont pas eu de surveillance électronique, ni de libération entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 26 septembre 2014 ont été écartées (scénario 1).

Dans la base de données des établissements pénitentiaires (SIDIS-Greffe), nous avons considéré la récidive comme étant le retour en prison de la personne, c'est-à-dire la date de fin d'une surveillance électronique avant une libération éventuelle ou un nouvel écrou après la libération.

Au niveau du Casier judiciaire central, la récidive correspond à tout nouveau bulletin de condamnation enregistré dont les faits ont été commis après la sortie de prison (surveillance électronique ou libération) et pour la base de données des parquets correctionnels, on entendra par récidive toute nouvelle affaire enregistrée pour des faits commis après la sortie de prison (surveillance électronique ou libération).

### 3.2.4. Période de suivi

Pour la base de données des établissements pénitentiaires, la récidive est mesurée jusqu'au 26/09/2014<sup>65</sup> (soit, une période d'observation allant d'un jour à 3 ans et 9 mois), tandis que pour les parquets correctionnels et le casier judiciaire central, la récidive est mesurée jusqu'au 25 septembre 2015<sup>66</sup> (soit, une période d'observation allant d'un an à 4 ans et 9 mois).

## 3.3. Résultats<sup>67</sup>

### 3.3.1. Description de l'échantillon global (scénario 1 à 4)

L'échantillon global (n= 3734) est principalement composé d'hommes (93,5%). L'âge médian au moment de l'écrou de référence est de 30 ans (Moy. : 31,54 ; Min.: 15 – Max.: 73). Les belges restent majoritairement représentés bien que la proportion de personnes ayant une autre nationalité que celles des 28 Etats membre de la Communauté européenne soit non-négligeable (16%).

---

<sup>65</sup> Date des dernières informations disponibles dans l'extraction concernant la situation des personnes composant l'échantillon ainsi que du changement d'application informatique au sein des établissements pénitentiaires. L'extraction fut arrêtée au 26/09/2014 car la fiabilité de la nouvelle application (SIDIS-Suite), notamment par rapport aux dates de début et fin de surveillance électronique, était problématique.

<sup>66</sup> Cette date correspond à la date de la première extraction obtenue auprès du service ICT/CTI. Les extractions du Casier judiciaire central et des parquets correctionnels relatives aux deux groupes de détenus visés par l'étude ont quant à elle été livrées dans leur version finale le 8 février 2016. Deux livraisons préalables ont été réalisées pour chacun des deux groupes, respectivement le 5 novembre 2015 et le 3 décembre 2015. Celles-ci ont cependant nécessité des adaptations qui expliquent la réception ultérieure des extractions finales.

<sup>67</sup> Les informations socio-biographiques traitées (sexe, date de naissance, nationalité, situation légale, etc.) proviennent de la base de données des établissements pénitentiaires, lesquelles sont *a priori* plus fiables que celles des PCOA dans la mesure où ces dernières sont enregistrées à partir des déclarations des personnes détenues.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Tableau 17 : Description général de l'échantillon global

	N	%
Homme	3490	93,5
Femme	244	6,5
Belge	2945	78,9
EU	175	4,7
HEU	599	16
Autres <sup>68</sup>	15	0,4
Prévenus et assimilés	1902	50,95
Internés définitifs	150	4
Condamnés définitifs	1629	43,65
Autres <sup>69</sup>	53	1,4

Les deux types de situation légale prédominants au moment de l'ouverture du dossier par le PCOA sont celles de prévenus (50,9%) et de condamnés (43,45%). La figure 3. donne un aperçu détaillé de la situation légale au moment de l'ouverture de dossier.

---

<sup>68</sup> La catégorie 'autres' regroupe les personnes pour lesquelles un statut particulier est enregistré : apatride, réfugié, inconnu, etc.

<sup>69</sup> La catégorie 'autres' regroupe les personnes dont la situation légale relève de cas de figure issus de la réglementation en matière de libération conditionnelle (suspension), probation, etc.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

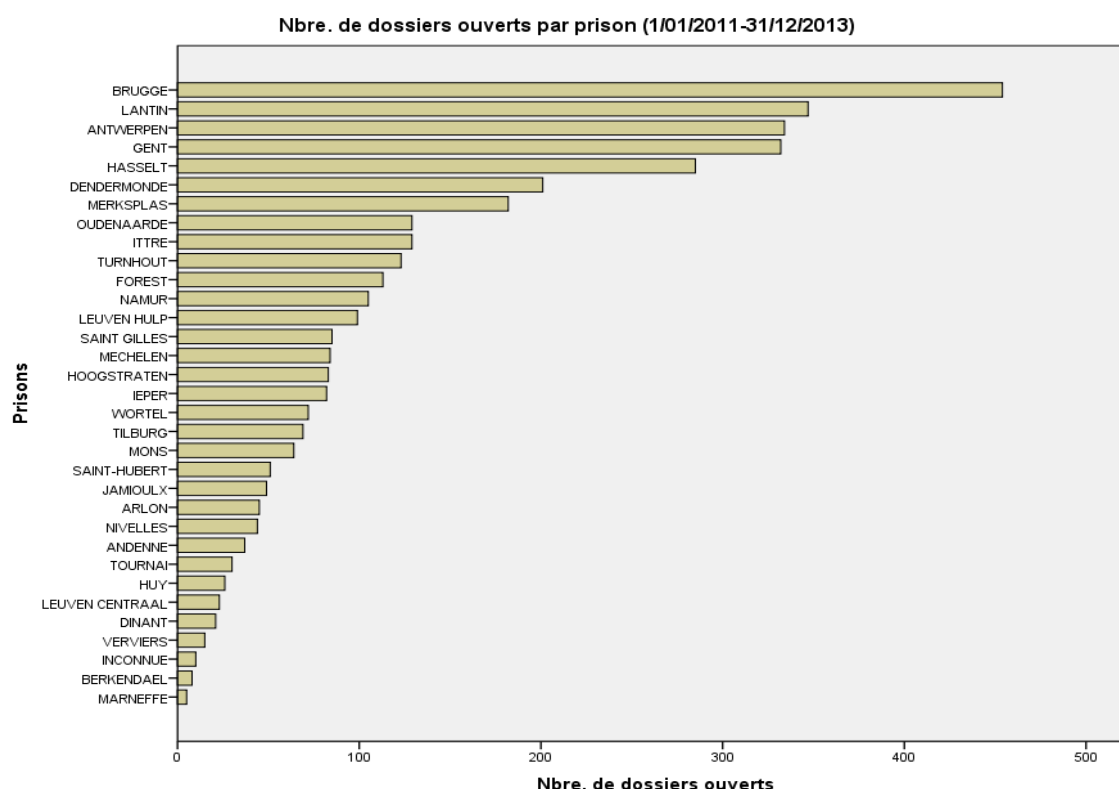
Figure 3. : Aperçu détaillé de la situation légale au moment de l'ouverture du dossier

[illegible]

Presqu'un quart de l'échantillon est incarcéré pour la première fois (24,3% – n= 906). Environ 60% de celui-ci comptabilise au moins 2 détentions antérieures, un peu plus d'1/4 en a 5 ou plus (27,4% – n= 1023) et 8% (n= 298) en a 10 ou plus. La médiane est de deux incarcérations antérieures (Moy.: 3,4 ; Min.: 0 – Max.: 36)

Parmi les 10 établissements qui comptent le plus grand nombre de dossiers ouverts (= détenus 'uniques')<sup>70</sup> auprès des PCOA entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013, 8 relèvent de la Direction Régionale-Nord. Ce constat s'explique par l'année d'activité supplémentaire du PCOA flamand en 2011 alors que les PCOA bruxellois et wallon n'existaient pas encore. On notera par conséquent le nombre particulièrement élevé de dossiers ouverts dans la prison de Lantin (Figure 4).

Figure 4. : Aperçu du nombre de dossiers ouverts auprès des PCOA par prison



### 3.3.2. Description de l'échantillon concerné par les analyses sur la récidive (scénario 2 à 4)

L'échantillon (n=2758) est composé de deux groupes de détenus, un premier groupe composé des personnes qui ont été vues par les collaborateurs des PCOA et un second groupe rassemblant les personnes qui se sont inscrites auprès des PCOA mais qui n'ont pas pu être vues<sup>71</sup>. La composition de

<sup>70</sup> La comptabilisation a été effectuée sur la base de la première date d'ouverture de dossier enregistrée auprès des PCOA.

<sup>71</sup> Dans certains cas, une même personne peut introduire des demandes à différents moments pour lesquelles elle est tantôt vue, tantôt non. Ces personnes appartiennent-elles au groupe des détenus 'vus' ou au groupe des 'non-vus' ? Si les dates d'ouverture de ces différentes demandes s'inscrivent dans la même période de détention et que la personne a été vue au moins une fois, alors la personne est considérée comme vue. Par contre, si les dates d'ouverture relèvent de périodes de détention différentes, il faut regarder quelle est la date d'ouverture la plus ancienne. Si celle-ci correspond à une demande pour laquelle la personne a été vue, alors elle est considérée comme vue. Dans le cas contraire, la personne est considérée comme non-vue. A la suite d'un transfert, certaines personnes étaient enregistrées auprès de plusieurs PCOA, le même raisonnement fut appliqué lorsque la personne était enregistrée comme 'non-vue' auprès d'un PCOA et comme 'vue' auprès d'un autre.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

ces deux groupes est globalement similaire, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre ceux-ci (au niveau du sexe, de la nationalité, de la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ou encore du type de produit consommé).

Tableau 18. : Description de l'échantillon concerné par les analyses sur la récidive

Détenus vus			Détenus non-vus		
N= 2351			N= 407		
	N	%		N	%
Homme	2186	93		375	92,1
Femme	165	7		32	7,9
Age médian au moment de l'écrou de référence : 30 (Moy. : 31,34; min.: 17; max.: 70)			Age médian au moment de l'écrou de référence : 30 (Moy. : 31,05; min.: 15; max.: 59)		
Belge	1890	80,4		329	80,8
EU	120	5,1		17	4,2
HEU	333	14,2		60	14,9
Autres	8	0,3		1	0,2
Prévenus et assimilés	1356	57,7		253	62,2
Internés définitifs	93	4		14	3,4
Condamnés définitifs	870	37		130	31,9
Autres	32	1,3		10	2,5
Drogues légales	366	15,6		67	16,5
Cannabis	325	13,8		58	14,25
Cocaïne	228	9,7		35	8,6
Opiacés	586	24,9		106	26
Autres <sup>72</sup>	426	18,1		78	19,15
Inconnu	420	17,9		63	15,5

Au niveau des pourcentages absolus, une différence (non statistiquement significative) est observée au niveau de la situation légale (au moment de l'ouverture du dossier par le PCOA) où les condamnés définitifs sont légèrement plus représentés dans le groupe des 'vus' tandis que les prévenus sont davantage représentés dans le groupes des 'non-vus' (Tableau 18).

Il s'avère en outre que le nombre médian de détentions antérieures est supérieur dans le groupe des 'vus' (médiane : 2 ; min.: 0 – max.: 32) que dans le groupe des 'non-vus' (médiane : 1 ; min.: 0 – max.: 19).

<sup>72</sup> L'enregistrement étant quelque peu différent d'une base de données à l'autre, le recodage des informations enregistrées par les PCOA sur la base des déclarations de détenus a été réalisé en fonction du produit déclaré comme étant le produit consommé à titre principal. Lorsque plusieurs produits étaient mentionnés dans un même champ, seul le premier a été repris au sens où cela fut interprété comme étant le premier produit pour lequel la personne estime avoir un problème de consommation. La catégorie 'drogues légales' concerne la consommation d'alcool et de médicaments, la méthadone est ici assimilée à une consommation d'opiacés au même titre que l'héroïne et la morphine et la catégorie 'autres' rassemble tous les autres produits consommés ainsi que les personnes pour lesquelles le terme 'polytoxicomanie' est explicitement mentionné. Cette dernière catégorie reprend aussi les personnes qui ont introduit plusieurs demandes et qui, lors des entretiens, déclarent consommer un autre produit. Dès lors, ces personnes sont concernées, au terme du recodage, par plus qu'une des cinq catégories.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Tableau 19 : Nombre de détentions antérieures \*  
multi-  
Détenus vus (0)/Détenus non-vus (1)

	Détenus vus (0)	Détenus non-vus (1)
N	2351	407
Moyenne	3,04	2,4
Médiane	2	1
Ecart-type	3,754	3,258
Minimum	0	0
Maximum	32	19

Tableau 20 : Nombre de primo-incarcérés vs.  
incarcérés

	Détenus vus (0)	Détenus non-vus (1)
N %	N %	N %
Primo (0)	664 28	153 38
Multi (1)	1687 72	254 62
Total	2351 100	407 100

Pearson Correlation Coefficient = - 0,62 ; p = 0 ,001

Chi<sup>2</sup> = 14,545; df = 1 ; p = ,000 ; Phi = - 0,73 ; p = ,000

Il y a une différence statistiquement significative relativement forte entre les 'vus' et les 'non-vus' au niveau du nombre de détentions antérieures. Autrement dit, il y a une relation forte entre le fait d'avoir des détentions antérieures et de figurer dans le groupe des 'vus'. Il existe également une relation, statistiquement significative, forte entre le fait d'être incarcéré pour la première fois et ne pas être vus par les PCOA. Ces résultats laissent donc à penser que les personnes 'vues' auraient une trajectoire pénale plus lourde que les personnes 'non-vues'.

### 3.3.2.1. Analyse de la récidive

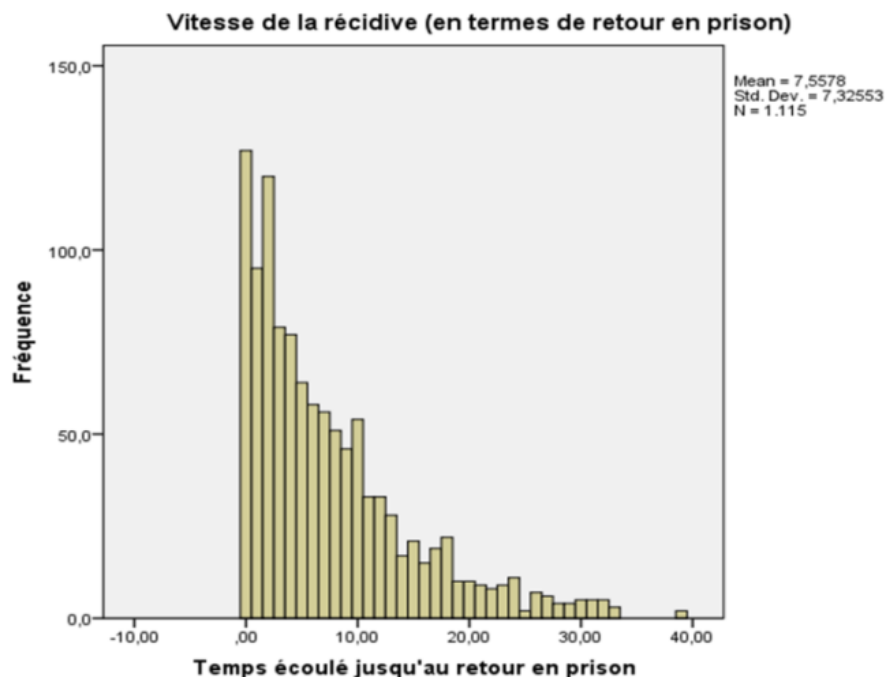
#### 3.3.2.2. La récidive en termes de retour en prison

Les analyses concernent 2758 personnes. Parmi toutes les personnes qui composent notre échantillon, 1115 personnes sont retournées en prison après en être sorties. La *prévalence de récidive* est donc de 40,4%<sup>73</sup>. La *vitesse de récidive* représente le délai qui s'écoule entre la sortie et le retour en prison. La médiane, en nombre de jours, est de 179 jours (minimum = 0 jours<sup>74</sup> ; maximum = 1192 jours). L'intensité de la récidive est particulièrement importante au cours des trois premiers mois qui suivent la sortie de prison. Ainsi, environ 11% des personnes récidivistes étaient de retour en prison un mois après leur sortie, près de 20% après deux mois et 30% après 3 mois. Après maximum un an, le pourcentage atteint près de 77% et 95% des personnes récidivistes étaient à nouveau en prison après maximum 2 ans (Figure 5).

<sup>73</sup> Les motifs pour lesquels une réincarcération avait lieu ne sont pas enregistrés.

<sup>74</sup> Cela concerne des personnes qui sont retournées en prison le jour même de leur sortie pas nécessairement pour de nouveaux faits mais suite, par exemple, à la mise en exécution d'un nouveau titre de détention, à un bris de condition, etc.

Figure 5. : Aperçu de la vitesse de la récidive (en termes de retour en prison) après la sortie (en mois)



Au regard des taux absolus, la prévalence de récidive entre le groupe des 'vus' (40,4% – n= 950) est sensiblement identique à celle observée pour le groupe des 'non-vus' (40,5% – n= 165). La vitesse de récidive est quant à elle plus rapide pour les 'vus' (médiane : 167 jours ; Min.: 0 – Max.:1192) que pour les 'non-vus' (médiane : 257 jours ; Min.: 0 – Max.:1001). Toutefois, ces chiffres ne prennent pas en considération les périodes de suivi propre à chacune des personnes composant l'échantillon, lesquelles peuvent varier d'un jour à 3 ans et 9 mois.

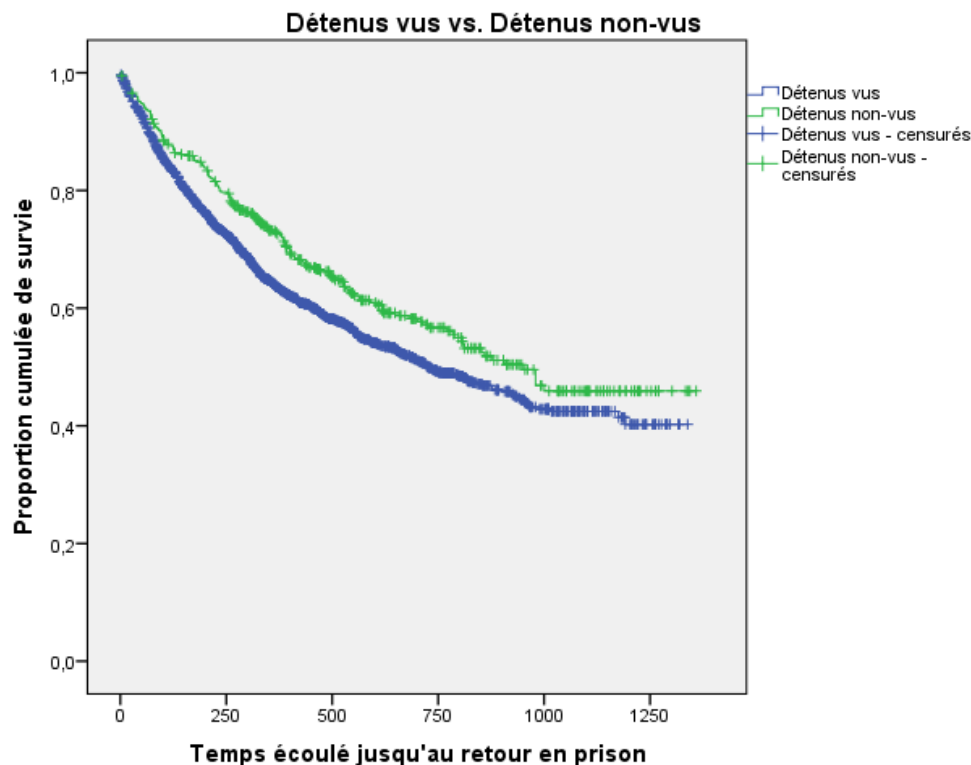
Une analyse de survie (Kaplan-Meier) a été réalisée afin d'en tenir compte. Cette méthode d'analyse calcule, pour chaque intervalle de temps<sup>75</sup>, la proportion de personnes qui 'survit' (c'est-à-dire celles et ceux qui ne sont pas retournées en prison) ou quitte l'observation sans avoir vécu l'événement, c'est-à-dire les personnes dont la période de suivi s'achève sans que l'on sache si elles retourneront en prison ou non (cas 'censurés'). Dans la mesure où elles ne sont pas retournées en prison à la fin de leur période de suivi, ces dernières sont prises en compte dans les calculs de probabilité de survie jusqu'au moment où elles quittent l'observation. Au terme de chaque intervalle de temps, la proportion de personnes ayant 'survécu' est multipliée par la proportion totale de personnes qui faisait partie de l'observation avant le début de cet intervalle. La courbe de survie (% cumulé de survie) correspond à la succession de ces produits<sup>76</sup>. La Figure 6. montre la proportion de personnes (au départ la valeur 1 correspond à l'ensemble de l'échantillon, c'est-à-dire 2758 personnes) qui survit pour chacun des deux groupes ('vus'/'non-vus') en fonction du nombre de jours écoulés depuis leur sortie de prison (jour 0).

<sup>75</sup> Le temps écoulé jusqu'à l'événement est exprimé en jours.

<sup>76</sup> Pour de plus amples explications, voir Bijleveld C.C.J.H. & Commandeur J.J.F., 2008 : 54 – 57.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Figure 6. : Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les détenus vus et non-vus



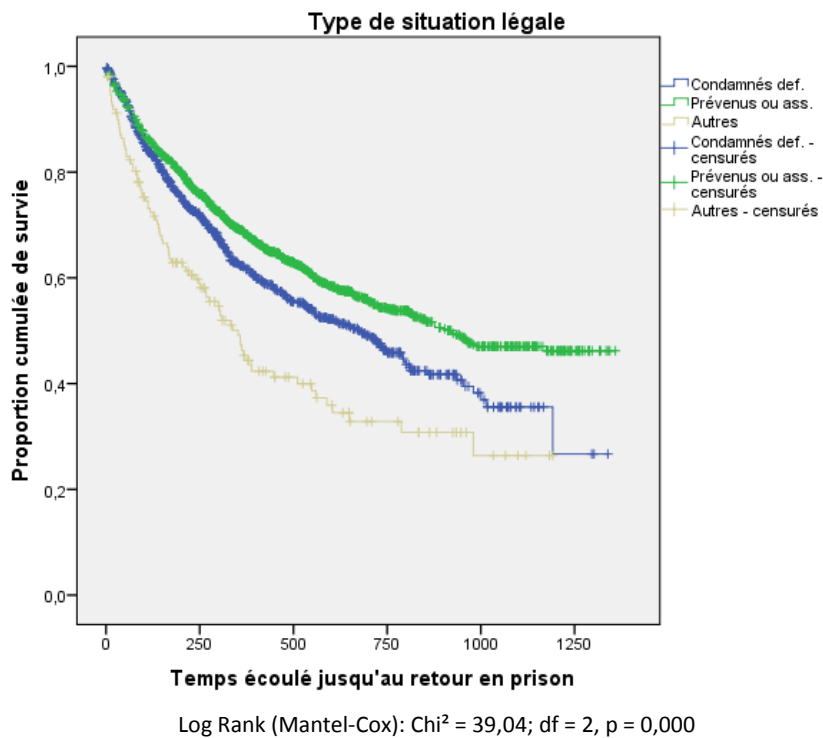
La Figure 6 montre qu'une partie importante de l'échantillon retourne en prison assez vite (ou autrement dit, ne survit pas), la récidive est particulièrement intense au cours de la première année qui suit la sortie. La proportion de personnes récidivistes comme l'intensité de la récidive sont cependant plus importantes pour le groupe des 'vus' que des 'non-vus'. Au terme de la période de suivi, la proportion de personnes qui n'est pas retournée en prison avoisine les 40 % pour le groupe des 'vus' et 45 % pour les 'non-vus'; cela signifie que toutes les autres ont fait l'objet d'au moins un retour en prison. Le Log Rang (Mantel-Cox) indique que cette différence observée entre les deux groupes est statistiquement significative ( $\chi^2 = 6,704$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,010$ ). Des analyses bivariées similaires ont ensuite été réalisées avec d'autres prédicteurs. Aucune différence statistiquement significative a été observée au niveau du sexe ( $\chi^2 = 2,745$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,098$ ), du produit consommé ( $\chi^2 = 0,730$ ;  $df = 4$ ,  $p = 0,948$ ) ou encore de la nationalité ( $\chi^2 = 1,736$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,420$ )<sup>77</sup>. Par contre, il en existe une au niveau de la situation légale (au moment de l'ouverture du dossier) des personnes détenues ( $\chi^2 = 39,04$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,000$ ). La proportion de personnes récidivistes est plus importante pour la catégorie 'autres'<sup>78</sup> ainsi que pour celle des 'condamnés' comparativement à celle des 'prévenus et assimilés'. L'intensité de la récidive est quant à elle la plus forte pour la catégorie 'autres', suivie par celle des 'condamnés' (Figure 7).

<sup>77</sup> La catégorie 'Autres' a été jointe à la catégorie 'Hors Union européenne'

<sup>78</sup> La catégorie 'autres' reprend également ici les personnes internées.



Figure 7. : Comparaison de la proportion cumulée de survie en fonction du type de situation légale



On observe également une différence statistiquement significative, particulièrement importante, entre les personnes pour lesquelles il s'agit de la première détention par rapport à celles qui ont des détentions antérieures ( $\chi^2 = 145,892$ ; df = 1, p = 0,000). Une différence statistiquement significative existe aussi selon le type de sortie de prison ( $\chi^2 = 58,812$ ; df = 2, p = 0,000)<sup>79</sup>, la proportion de personnes récidivistes comme l'intensité de la récidive sont moindres pour la catégorie de personnes qui quittent la prison sans conditions à devoir respecter.

<sup>79</sup> Pour un aperçu détaillé du travail de catégorisation des types de sortie, voir Tableau 1.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Figure 8: Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les primo-incarcérés et multi-incarcérés

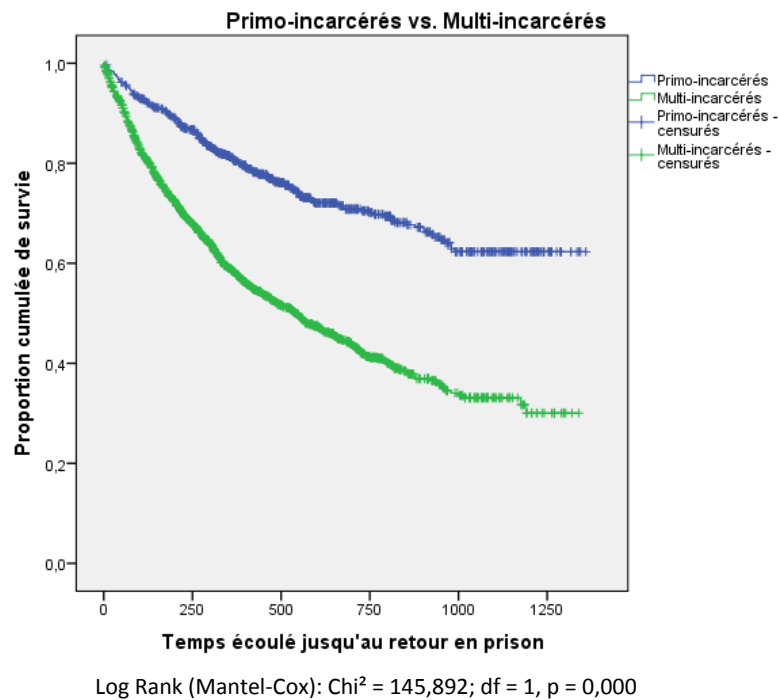
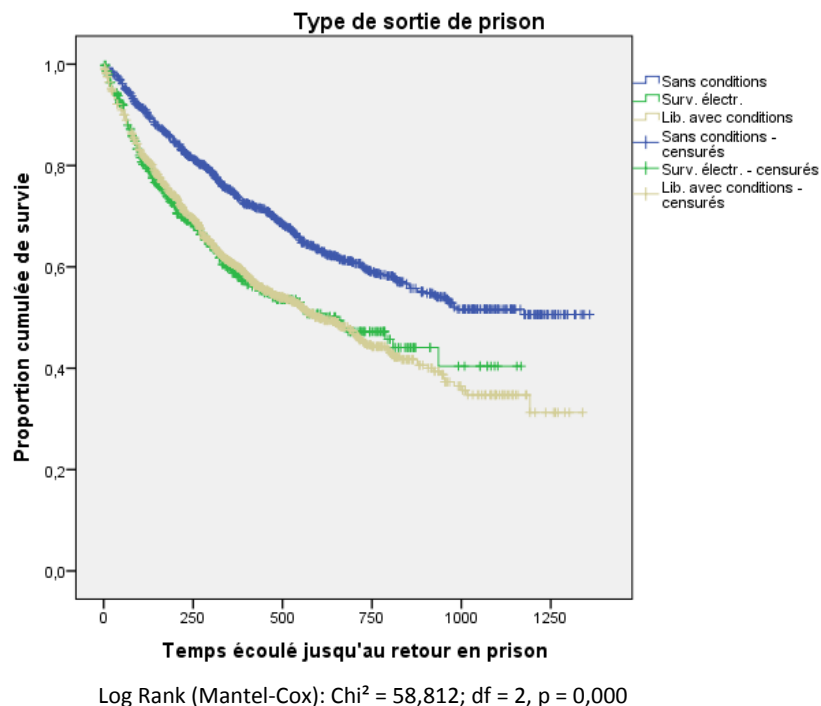


Figure 9. : Comparaison de la proportion cumulée de survie en fonction du type de sortie de prison



Ces résultats sont corroborés par un autre type d'analyse de survie, la régression de Cox (Tableau 20), laquelle vise à établir s'il y a une relation entre une (ou plusieurs) variable(s) indépendante(s) et la variable dépendante (en l'occurrence, le temps jusqu'au retour en prison). Sont ici pris en considération l'occurrence de l'évènement (retour en prison ou non) ainsi que le temps écoulé jusqu'à la survenance de l'évènement (ou le moment où la personne quitte l'observation)

Cette méthode statistique (laquelle peut être bivariée ou multivariée) calcule le risque de récidive pour chacune des modalités d'une variable indépendante. Les résultats sont exprimés en *hazard ratio* ( $Exp(\beta)$ ), ceux-ci sont établis par rapport à une modalité de référence (généralement la modalité la plus fréquente mais pas toujours). Si les *hazard ratio* sont supérieurs à 1, alors la modalité présente — en comparaison avec la modalité de référence — plus de chance de récidive ; si les *hazard ratio* sont inférieurs à 1, alors la modalité présente — en comparaison avec la modalité de référence — moins de chance de récidive. Par exemple, les personnes dont la situation légale (au moment de l'ouverture du dossier) relève de la catégorie 'Autres' ont 1,554 fois plus de chance de retourner en prison que les personnes condamnées définitivement tandis que celles qui sont prévenues ou assimilées ont 0,8 fois la chance d'y retourner par rapport aux personnes condamnées. Pour le dire autrement, ces dernières ont 1,25 fois plus de chance ( $1/0,800$ ) que les personnes prévenues de retourner en prison. Dans le cas des variables continues ('âge écrou', 'âge ouverture dossier' et 'nombre d'antécédents pénitentiaires'), le calcul des *hazard ratio* dépend de la variation de la variable. Le risque de retourner en prison augmente ou diminue, selon que le *hazard ratio* est supérieur ou inférieur à 1, chaque fois que la valeur de la variable continue augmente d'une unité supplémentaire (par exemple, quelqu'un avec 5 détentions antérieures a  $5 \times 1,076$  fois plus de chance de récidive que quelqu'un sans antécédent). D'après les résultats significatifs, il ressort du Tableau 20 que les personnes non vues ont moins de chance de retourner en prison que les personnes vues. Il en va de même pour les personnes sans antécédent pénitentiaire par rapport à celles qui en ont. Les personnes qui sont plus âgées au moment de l'écrou que les personnes les plus jeunes de l'échantillon ont aussi moins de chance de retourner en prison, à l'instar des prévenus par rapport aux personnes condamnées et celles dont la situation légale relève de la catégorie 'Autres'. Enfin, les personnes qui ont quitté la prison sans condition à devoir respecter (par exemple, celles qui ont été libérées à fond de peine) ont aussi moins de chance de retourner en prison que celles qui doivent en respecter.

La régression de Cox, dans sa version multivariée, permet quant à elle de calculer dans un même modèle – toujours en considération du temps écoulé – l'influence de différentes variables par rapport au risque de récidive.

Outre la variable intervention des PCOA ('vus'/'non vus'), les autres covariables ont été réparties en trois groupes : les variables socio-biographiques, les variables relatives à la situation (post-) pénitentiaire et une variable relative à la consommation. À l'exception de trois variables socio-biographiques ('âge écrou', 'âge ouverture dossier' et 'nombre d'antécédents pénitentiaires'), toutes les autres variables mobilisées pour l'analyse sont des variables catégorielles. Le nombre de ces variables reste néanmoins fort restreint : sexe, nationalité (3 modalités), présence d'antécédents pénitentiaires, situation légale (3 modalités), type de sortie de prison (3 modalités), type de produit consommé (5 modalités).

Plusieurs modèles sont ainsi présentés dans le Tableau 20 selon l'insertion ou non des différentes variables pertinentes pour l'analyse. Tous les modèles mobilisent la méthode ENTER (qui inclut et garde toutes les variables disponibles mêmes celles qui ne sont pas significatives), à l'exception du cinquième modèle qui est réalisé au moyen de la méthode FORWARD (LR) (qui intègre d'abord la variable la plus significative et inclut ensuite une à une les covariables jusqu'à ce qu'on ne puisse plus en ajouter qui soit significatives).

# DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Tableau 21: Régressions de Cox bivariée et multivariée (SIDIS)

Variable	Analyse bivariée		Analyses multivariées									
			Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.
<i>Variable intervention</i>												
Liste d'attente (réf.= vu)	<b>0,804**</b>	0,085	0,872	0,085	0,861°	0,085	<b>0,803**</b>	0,085	0,891	0,085	-	-
<i>Variables socio-biographiques</i>												
Sexe (réf.=homme)	<b>0,822°</b>	0,119	0,963	0,120	-	-	-	-	0,961	0,120	-	-
Nationalité (réf.=belge)												
européenne	0,894	0,148	0,964	0,149	-	-	-	-	0,979	0,149	-	-
non-européenne	1,089	0,085	1,076	0,086	-	-	-	-	1,062	0,086	-	-
Age écrou	<b>0,992*</b>	0,004	<b>0,981***</b>	0,004	-	-	<b>0,992*</b>	0,004	<b>0,980***</b>	0,004	<b>0,980***</b>	0,004
Age ouverture dossier	0,993°	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'antécédents pénitentiaires	<b>1,076***</b>	0,006	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Présence d'antécédents pénitentiaires (réf.=non)	<b>2,451***</b>	0,077	<b>2,601***</b>	0,079	<b>2,432***</b>	0,077	-	-	<b>2,483***</b>	0,082	<b>2,506***</b>	0,082
<i>Variables situation (post)-pénitentiaire</i>												
Situation légale (ouverture; réf.=condamné déf.)												
prévenu ou assimilé	<b>0,800***</b>	0,064	-	-	-	-	-	-	1,098	0,070	1,096	0,070
autre	<b>1,554***</b>	0,119	-	-	-	-	-	-	<b>1,522***</b>	0,123	<b>1,514***</b>	0,123
Type sortie de prison (réf.=libération sans conditions)												
surveillance électronique	<b>1,642***</b>	0,089	-	-	-	-	-	-	<b>1,355***</b>	0,095	<b>1,370***</b>	0,095
libération avec conditions	<b>1,641***</b>	0,069	-	-	-	-	-	-	<b>1,447***</b>	0,070	<b>1,458***</b>	0,070
<i>Variable consommation problématique</i>												
Type produit (réf.=drogues légales)												
cannabis	0,972	0,110	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
cocaïne	0,963	0,123	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
opiacés	0,956	0,095	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
autre	1,027	0,102	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
-2 Log Likelihood	(16479,085)		16289,592 (df=6; Sig.=0,000)		16316,867 (df=25; Sig.=0,000)		16469,421 (df=2; Sig.=0,003)		16246,098 (df=10; Sig.=0,000)		16248,639 (df=6; Sig.=0,000)	
N (missing)	-		2756 (2)		2758 (0)		2758 (0)		2756 (2)		2756 (2)	

° < 0,1   \* < 0,05   \*\* ≤ 0,01   \*\*\* ≤ 0,001

Les trois premiers modèles mobilisent uniquement deux types de variables : la variable ‘intervention’ des PCOA et les variables socio-biographiques. Le premier modèle montre que les deux variables fortement significatives, c’est-à-dire pour lesquelles on observe d’importantes différences en termes de récidive entre les différentes modalités/valeurs que peut prendre la variable indépendante en raison de sa relation avec la variable dépendante, sont l’âge au moment de l’écrou et la présence d’antécédents pénitentiaires. Les deux modèles suivants visent à montrer si ces variables à elles seules permettent d’expliquer la différence observée au niveau du taux de retour en prison entre les détenus ‘vus’ et ‘non-vus’. Contrairement au troisième modèle, le second modèle révèle le caractère déterminant de la présence d’antécédents pénitentiaires par rapport à la récidive (en termes de retour en prison) au sens où la différence entre ‘vus’ et ‘non-vus’ s’estompe lorsque cette unique variable est intégrée au modèle. Il est par ailleurs tout aussi intéressant de noter, au regard de la spécificité de la problématique, l’absence de différence significative entre les hommes et les femmes au niveau du retour en prison.

Le quatrième modèle intègre les variables (post-)pénitentiaires. Outre les deux variables précédemment évoquées, il ressort que le type de sortie de prison et la situation légale au moment de l’ouverture du dossier ont aussi un impact significatif sur la récidive. Les personnes qui sortent sous surveillance électronique ou avec des conditions à respecter ont plus de chance de retourner en prison que celles qui sont libérées sans condition ; pas nécessairement pour de nouveaux faits mais à la suite d’un bris des conditions imposées dans le cadre du suivi judiciaire contraignant dont elles font l’objet à l’extérieur. Les personnes dont la situation légale relève de la catégorie ‘Autres’ (laquelle comprend majoritairement des internés) ont plus de chance également de retourner en prison que les personnes condamnées définitivement. Cette plus grande probabilité des personnes internées à retourner en prison est confirmée par les résultats d’une autre recherche menée par l’INCC sur le retour en prison des détenus libérés (Maes & Robert, 2012), où les chercheurs observent un taux de retour en prison de 62,3% au cours d’une période de suivi allant de 5,7 à 8,7 ans.

Le sixième modèle présente les résultats pour l’ensemble des variables disponibles tandis que le cinquième modèle, établi au moyen de la méthode FORWARD, présente uniquement les résultats des variables ayant un impact significatif sur le retour en prison. Les résultats relatifs à la variable ‘consommation’ doivent être interprétés avec précaution en raison du nombre important de personnes écartées de l’analyse faute d’information (n= 484). Le rapport de vraisemblance (- 2 Log. Likelihood Ratio) est significatif pour chaque modèle<sup>80</sup>. Dans la mesure où celui-ci est à chaque fois inférieur à celui du modèle nul, cela indique une amélioration de la capacité de prédiction des modèles incluant les variables indépendantes par rapport au modèle-nul<sup>81</sup>.

### 3.3.2.3. La récidive en termes de nouveau bulletin de condamnation

Nous parlerons à présent de récidive lorsqu’une personne obtient un nouveau bulletin de condamnation après sa sortie de prison pour autant que celui-ci soit enregistré dans la base de données du Casier judiciaire central<sup>82</sup>. En l’occurrence, par bulletin de condamnation, il faut entendre

<sup>80</sup> C’est le rapport de vraisemblance (- 2 Log. Likelihood Ratio) qui est utilisé dans les analyses de survie pour apprécier la qualité de prédiction d’un modèle statistique et non, comme dans les régressions logistiques, le coefficient de détermination ( $R^2$  de Nagelkerke). Pour comparer la qualité de prédiction de plusieurs modèles entre eux, il faut regarder si la valeur du likelihood du modèle avec le plus de paramètres est inférieure ou supérieure à celle du modèle avec le moins de paramètres. Si la valeur du likelihood est inférieure alors la capacité de prédiction du modèle avec le plus de paramètres est considérée comme meilleure que celle du modèle comportant le moins de paramètres. Voir Bijleveld C.C.J.H. & Commandeur J.J.F., 2008, 149-150.

<sup>81</sup> La présence de valeurs extrêmes (DFBêta) a été examinée pour chaque variable indépendante. Il ressort de cet examen qu’aucune valeur extrême n’a été identifiée. Des analyses ont ensuite été réalisées sur les résidus partiels (*Schoenfeld residuals*). Ces analyses montrent que l’hypothèse des risques proportionnels (*proportional hazards assumption*) n’est pas mise à mal.

<sup>82</sup> Pour davantage d’informations sur cette base de données et ses limites, voir Mine B., Robert L. & Maes E., 2015 :23-27.

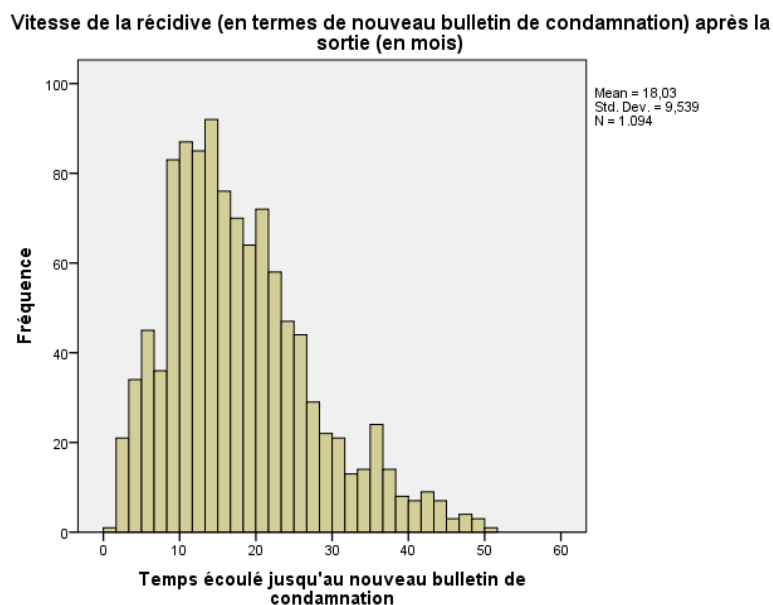
## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

toutes les décisions relatives à une peine ou une mesure prononcées par des cours et tribunaux de droit commun belges et étrangers. Pour la Belgique, cela concerne également les décisions des juridictions militaires, des juridictions de la jeunesse ainsi que les décisions prises par les juridictions de jugement sur base de la loi de défense sociale (c'est-à-dire les mesures de sûreté, telles que l'internement et la mise à disposition) ou encore, les suspensions du prononcé de la condamnation<sup>83</sup>.

Deux scénarios ont été envisagés en première instance. Le premier considère la récidive indépendamment de la date des faits donnant lieu au nouveau bulletin de condamnation ; même lorsque les faits à la base de celui-ci sont commis avant la sortie de prison. Le second examine la récidive uniquement lorsque les faits du nouveau bulletin de condamnation sont commis après la sortie de prison. Au regard de l'objectif poursuivi par l'étude, le second scénario sera préféré au premier dans le cadre des analyses subséquentes.

Les analyses concernent 2758 personnes. Parmi toutes les personnes qui composent notre échantillon, 1094 personnes ont fait l'objet d'un nouveau bulletin de condamnation pour des faits commis après leur sortie de prison. La *prévalence de récidive* est donc de 39,7%<sup>84</sup>. La *vitesse de récidive* représente dorénavant le délai qui s'écoule entre la date de sortie de prison et la date du nouveau bulletin de condamnation (c'est-à-dire, la date de jugement). La médiane, en nombre de jours, est de 491 jours (minimum = 49 jours ; maximum = 1501 jours). Comparativement à l'indicateur précédent, l'intensité de la récidive est beaucoup moins importante au cours des mois consécutifs à la sortie de prison puisqu'à peine 8% des personnes récidivistes ont un nouveau bulletin de condamnation après 6 mois et 30% après 1 an. Cela peut notamment s'expliquer par les délais de procédure nécessaires jusqu'au prononcé d'une décision définitive. Par contre, au cours de la seconde année, l'accentuation est marquée car plus de 75% des personnes récidivistes ont un nouveau bulletin endéans les deux années qui suivent leur sortie de prison (Figure 10).

Figure 10 : Aperçu de la vitesse de la récidive (en termes de nouveau bulletin de condamnation) après la sortie (en mois)



Au regard des taux absolus, la prévalence de récidive pour le groupe des 'vus' (38,9% – n= 915) est sensiblement moindre que celle observée pour le groupe des 'non-vus' (44% – n= 179), la vitesse de récidive est quant à elle plus rapide pour les 'vus' (médiane : 483 jours ; Min.: 49 – Max.:1501) que

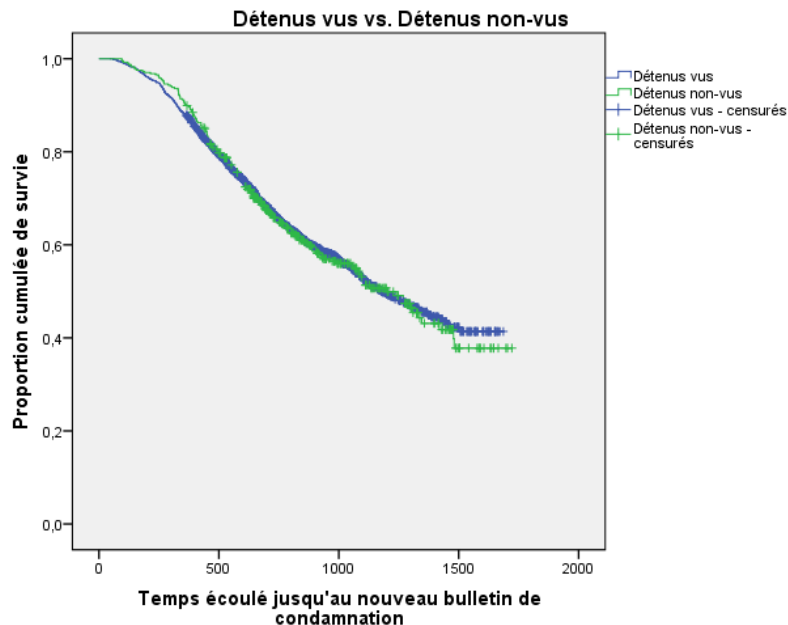
<sup>83</sup> La liste des décisions définitives censées être enregistrées dans le Casier judiciaire central, est reprise à l'article 590 du Code judiciaire.

<sup>84</sup> A titre de comparaison, la prévalence atteint dans le cadre du premier scénario 63,9%.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

pour les 'non-vus' (médiane : 545 jours ; Min.: 95 – Max.:1481). Toutefois, ces chiffres ne prennent à nouveau pas en considération les périodes de suivi propre à chacune des personnes composant l'échantillon, lesquelles peuvent varier ici de un an à 4 ans et 9 mois.

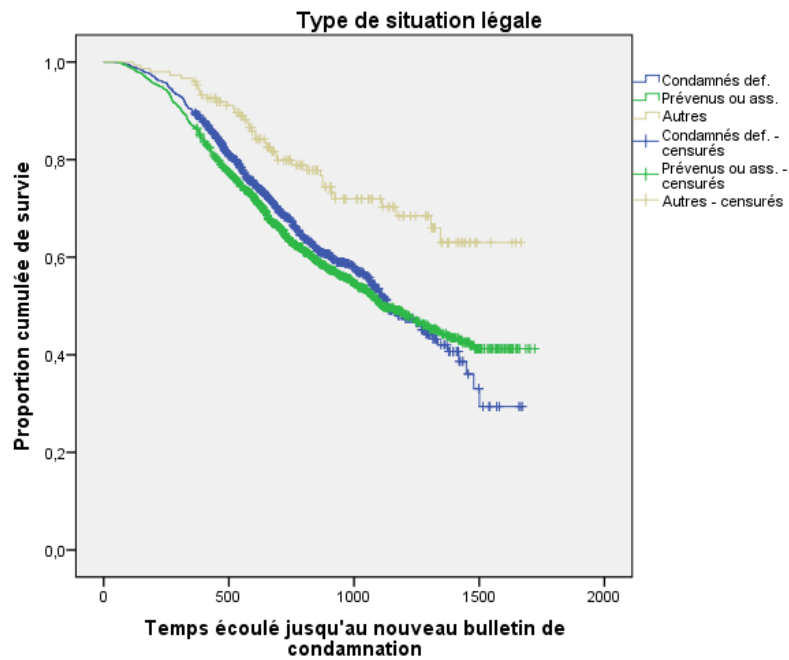
Figure 11. : Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les détenus vus et non-vus



La Figure 11. (Analyse de survie Kaplan-Meier) montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe des 'vus' et des 'non-vus' (Log Rank (Mantel-Cox) :  $\chi^2 = 0,020$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,888$ ), elle indique néanmoins que, pour les deux groupes, l'intensité de la récidive est particulièrement importante au cours de la seconde année qui suit la sortie de prison. Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative au niveau du produit consommé ( $\chi^2 = 5,860$ ;  $df = 4$ ,  $p = 0,210$ ), de la nationalité ( $\chi^2 = 4,614$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,100$ ) ou encore du type de sortie de prison ( $\chi^2 = 1,660$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,436$ ). Par contre, il en existe une au niveau du sexe ( $\chi^2 = 4,844$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,028$ ) et de la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ( $\chi^2 = 18,181$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,000$ ). La proportion de personnes récidivistes est plus importante pour les personnes condamnées, suivies des personnes prévenues ou assimilées, comparativement à la catégorie 'Autres'. On observe également une différence statistiquement significative entre les personnes dont il s'agit de la première détention et celles qui ont des détentions antérieures ( $\chi^2 = 27,135$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ) ainsi qu'entre les personnes qui étaient condamnées au moment de leur sortie de prison et les autres ( $\chi^2 = 14,133$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ).

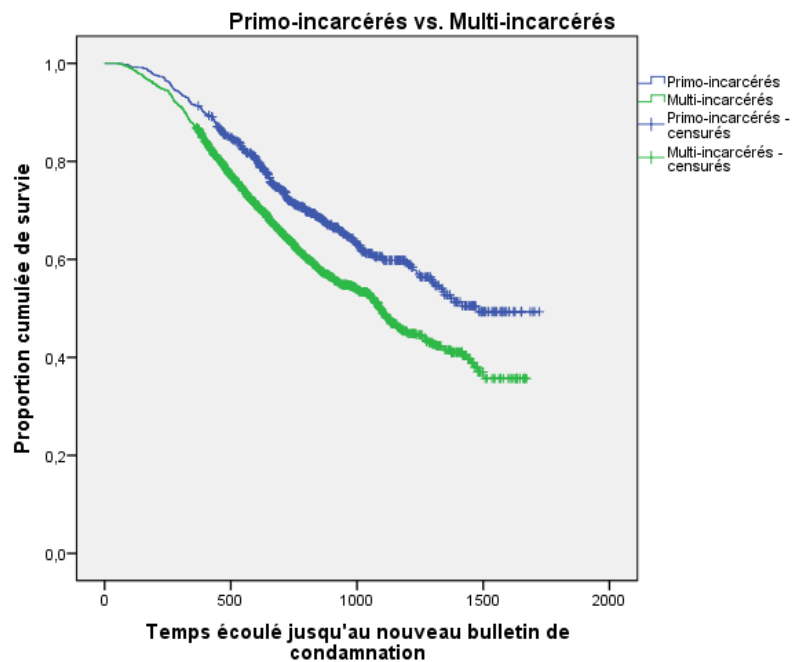
## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Figure 12 : Comparaison de la proportion cumulée de survie en fonction de la situation légale



Log Rank (Mantel-Cox):  $\chi^2 = 18,181$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,000$

Figure 13 : Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les primo-incarcérés et multi-incarcérés



Log Rank (Mantel-Cox):  $\chi^2 = 27,135$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,000$

Les résultats significatifs des régressions de Cox bivariées (Tableau 21) montrent que les femmes ont en effet moins de chance de faire l'objet d'un nouveau bulletin de condamnation que les hommes. C'est également le cas pour les personnes qui sont plus âgées (au moment de l'écrou et de l'ouverture du dossier) que les personnes les plus jeunes de l'échantillon. Les personnes dont la situation légale au moment de l'ouverture du dossier par le PCOA relevait de la catégorie 'Autre', ont presque deux fois moins de chance (1/0,542) d'obtenir un nouveau bulletin de condamnation que les personnes condamnées. Les personnes avec des antécédents pénitentiaires ont plus de chance d'obtenir un bulletin de condamnation ultérieurement que celles sans. Une personne avec 10



## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

détentions antérieures a 10 x 1,036 fois plus de chance d'obtenir un nouveau bulletin de condamnation que quelqu'un sans antécédent. Enfin, celles et ceux qui étaient condamnés définitivement au moment de leur sortie de prison ont 1,26 fois plus de chance (1/0,793) de faire l'objet d'un nouveau bulletin de condamnation que les autres<sup>85</sup>. Les résultats ne sont en revanche pas significatifs au niveau des variables : intervention des PCOA ('vus'/'non-vus'), type de produit, nationalité et type de sortie.

---

<sup>85</sup> Voir Tableau 1. pour une mise en correspondance des différents types de sortie de prison et de le statut légal au moment de la sortie.

# DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Tableau 22. Régressions de Cox bivariée et multivariée (CJCS)

	Analyse bivariée		Analyses multivariées							
	Exp(B)	S.E.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
			Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.
<i>Variable intervention</i>										
Liste d'attente (réf.=vu)	1,012	0,082	1,062	0,082	1,089	0,083	-	-	1,071	0,091
<i>Variables socio-biographiques</i>										
Sexe (réf.=homme)	<b>0,762*</b>	0,124	0,818	0,125	0,810°	0,125	-	-	0,826	0,135
Nationalité (réf.=belge)										
européenne	0,805	0,154	0,898	0,155	0,855	0,155	-	-	0,821	0,182
non-européenne	0,853*	0,093	0,901	0,094	0,862	0,095	-	-	0,873	0,106
Age écrou	<b>0,976***</b>	0,004	-	-	-	-	-	-	-	-
Age ouverture dossier	<b>0,976***</b>	0,004	<b>0,970***</b>	0,004	<b>0,968***</b>	0,004	<b>0,967***</b>	0,004	<b>0,969***</b>	0,004
Nombre d'antécédents pénitentiaires	<b>1,036***</b>	0,007	-	-	-	-	-	-	-	-
Présence d'antécédents pénitentiaires (réf.=non)	<b>1,432***</b>	0,069	<b>1,640***</b>	0,072	<b>1,546***</b>	0,076	<b>1,570***</b>	0,076	<b>1,625***</b>	0,086
<i>Variables situation (post-)pénitentiaire</i>										
Situation légale (ouverture; réf.=condamné déf.)										
prévenu ou assimilé	1,081	0,065	-	-	-	-	-	-	-	-
autre	<b>0,542***</b>	0,171	-	-	-	-	-	-	-	-
Statut légal (sortie; réf.: condamné déf.)	<b>0,793***</b>	0,062	-	-	<b>0,702***</b>	0,078	<b>0,720***</b>	0,078	<b>0,695***</b>	0,086
Type sortie de prison (réf.=libération sans conditions)	0,947	0,062	-	-	<b>0,742***</b>	0,074	<b>0,745***</b>	0,074	<b>0,752***</b>	0,081
<i>Variable consommation problématique</i>										
Type produit (réf.=drogues légales)										
cannabis	0,956	0,113	-	-	-	-	-	-	0,967	0,113
cocaïne	1,100	0,121	-	-	-	-	-	-	1,105	0,121
opiacés	0,947	0,098	-	-	-	-	-	-	0,958	0,098
autre	1,150	0,102	-	-	-	-	-	-	1,130	0,103
-2 Log Likelihood	(16177,128)		16076,814 (df=6; Sig.=0,000)		16052,167 (df=8; Sig.=0,000)		16058,947 (df=4; Sig.=0,000)		-	
N (missings)	-		2756 (2)		2756 (2)		2756 (2)		2274 (484)	

° < 0,1 \* < 0,05 \*\* < 0,01 \*\*\* ≤ 0,001

Au niveau des résultats des analyses multivariées, quatre modèles sont ici présentés dans le Tableau 22. Tous les modèles mobilisent la méthode ENTER, à l'exception du troisième modèle qui est réalisé au moyen de la méthode FORWARD (LR).

Le premier modèle inclut la variable 'intervention' des PCOA et les variables socio-biographiques. Il ressort que l'âge au moment de l'ouverture du dossier et la présence d'antécédents pénitentiaires ont un impact significatif sur le fait d'obtenir un nouveau bulletin de condamnation. Le second modèle intègre quant à lui les variables (post-)pénitentiaires. Outre les deux variables précédemment évoquées, il apparaît que le type de sortie de prison (sans condition/avec conditions) et le statut légal au moment de la sortie ont aussi un impact significatif sur la récidive. Les personnes qui sortent avec des conditions à respecter ont moins de chance d'avoir un nouveau bulletin de condamnation que celles qui sortent sans condition. Cette observation tend à corroborer l'hypothèse formulée sous l'indicateur précédent selon laquelle les personnes qui sortent de prison avec des conditions à respecter ont plus de chance d'y retourner pour des bris de conditions que pour de nouveaux faits. Enfin, les personnes condamnées définitivement ont également plus de chance d'obtenir un nouveau bulletin de condamnation après leur sortie de prison que les autres.

Le quatrième modèle présente les résultats pour l'ensemble des variables disponibles tandis que le troisième modèle ne présente que les résultats des variables ayant un impact significatif sur l'obtention d'un nouveau bulletin de condamnation. Les résultats relatifs à la variable 'consommation' doivent à nouveau être interprétés avec précaution en raison du nombre important de personnes pour lesquelles l'information est manquante ( $n = 484$ ). Le rapport de vraisemblance (- 2 Log. Likelihood Ratio) reste quant à lui significatif pour chacun des modèles. La capacité de prédiction des modèles incluant les variables indépendantes demeure donc meilleure que celle du modèle-nul<sup>86</sup>.

### 3.3.2.4. La récidive en termes de nouvelle affaire pénale signalée au parquet

La récidive vise avec ce troisième indicateur toutes les personnes concernées, après leur sortie de prison, par une nouvelle affaire pénale enregistrée dans la base de données des parquets correctionnels. A nouveau, deux scénarios ont au départ été envisagés. Le premier considère la récidive indépendamment de la date des faits donnant lieu à l'entrée de la nouvelle affaire au parquet. Le second ne retient que les nouvelles affaires dont les faits sont commis après la sortie de prison. Au regard de l'objectif poursuivi par l'étude, le second scénario sera privilégié dans le cadre des analyses subséquentes à l'instar du choix opéré précédemment avec le Casier judiciaire central.

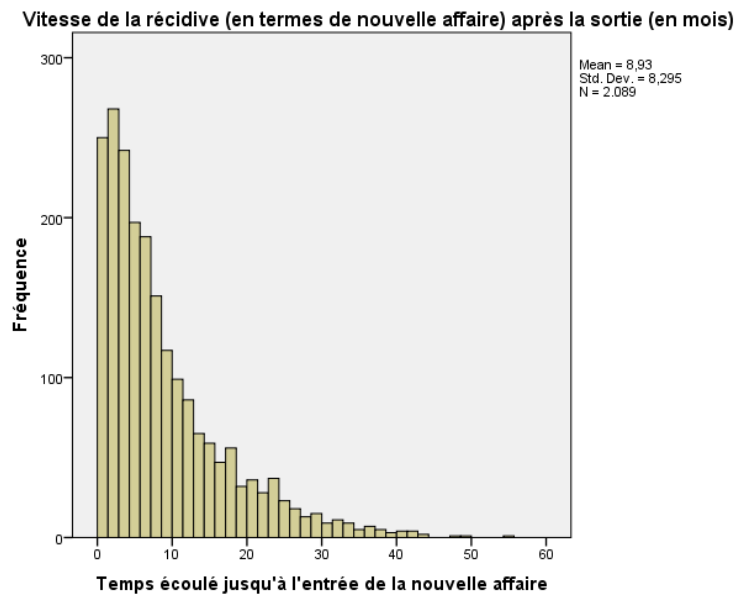
Les analyses concernent 2758 personnes. Parmi toutes les personnes qui composent notre échantillon, 2089 personnes ont été concernées par une nouvelle affaire pour des faits commis après leur sortie de prison. La *prévalence de récidive* est donc de 75,7%<sup>87</sup>. Il faut indiquer qu'il s'agit d'une nouvelle affaire ouverte au niveau du parquet indépendamment de la nature de la décision qui pourra être prise dans le dossier (jonction, classement sans suite, fixation, etc.). La *vitesse de récidive* représente le délai qui s'écoule entre la date de sortie de prison et la date d'entrée de la nouvelle affaire au parquet. La médiane, en nombre de jours, est de 190 jours (minimum = 0 jours ; maximum = 1633 jours). L'intensité de la récidive est ici particulièrement importante au cours des mois consécutifs à la sortie de prison puisqu'environ 25% des personnes récidivistes ont une nouvelle affaire dans les 3 mois postérieurs à leur sortie de prison tandis que près de 75% d'entre eux ont fait l'objet d'une nouvelle affaire dans l'année qui suit leur sortie de prison.

<sup>86</sup> La présence de valeurs extrêmes (DFB $\beta$ ) a été examinée pour chaque variable indépendante. Il ressort de cet examen qu'aucune valeur extrême n'a été identifiée. Des analyses ont ensuite été réalisées sur les résidus partiels (*Schoenfeld residuals*). Ces analyses montrent que l'hypothèse des risques proportionnels (*proportional hazards assumption*) n'est pas mise à mal.

<sup>87</sup> A titre de comparaison, la prévalence atteint dans le cadre du premier scénario 80%.

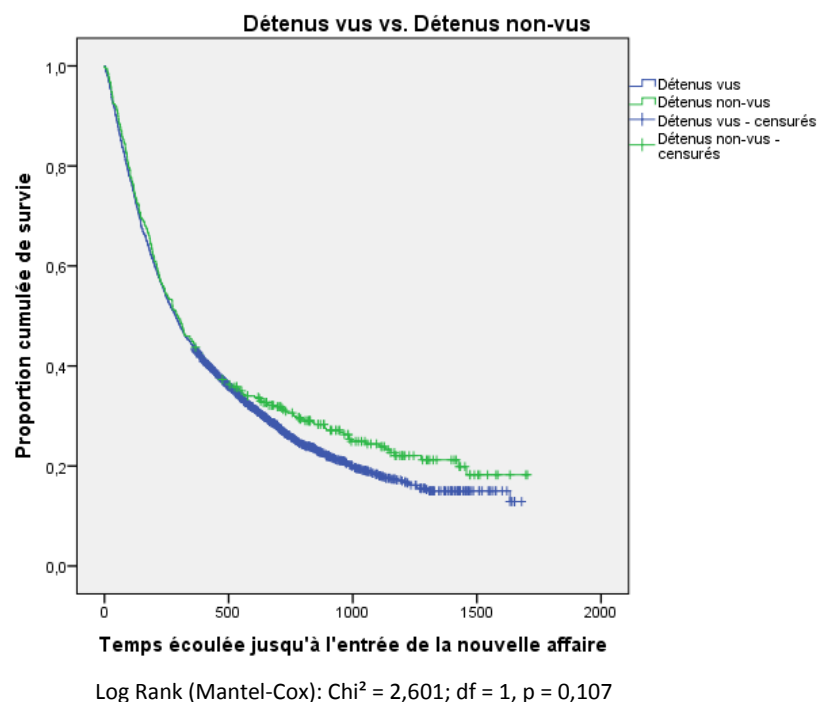
## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Figure 14. : Aperçu de la vitesse de la récidive (en termes de nouvelle affaire) après la sortie (en mois)



Au regard des taux absolus, la prévalence de récidive pour le groupe des 'vus' (75,96% – n= 1786) est quasiment identique à celle observée pour le groupe des 'non-vus' (74,44% – n= 303), la vitesse de récidive est elle aussi sensiblement la même dans le groupe des 'vus' (médiane : 188,5 jours ; Min.: 1 – Max.:1633) et le groupe des 'non-vus' (médiane : 193 jours ; Min.: 0 – Max.:1458). A nouveau, une analyse de survie (Kaplan-Meier) a été réalisée pour tenir compte des périodes de suivi propre à chacune des personnes composant l'échantillon, lesquelles varient aussi ici de un an à 4 ans et 9 mois.

Figure 15. : Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les détenus vus et non-vus



La Figure 15. (Analyse de survie Kaplan-Meier) montre qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre le groupe des 'vus' et des 'non-vus' (Log Rank (Mantel-Cox):  $\chi^2 = 2,601$ ; df = 1, p = 0,107). L'intensité de la récidive est particulièrement importante pour les deux groupes au cours de

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

la première année qui suit la sortie de prison. Elle diminue toutefois à partir de la seconde année pour le groupe des 'non-vus'. Il n'y a pas non plus de différence statistiquement significative au niveau du sexe ( $\chi^2 = 1,070$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,301$ ), de la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ( $\chi^2 = 0,553$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,758$ ), du type de sortie de prison ( $\chi^2 = 4,319$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,115$ ) ou encore du type de produit consommé ( $\chi^2 = 7,676$ ;  $df = 4$ ,  $p = 0,104$ ).

Il existe par contre une différence statistiquement significative au niveau du statut légal au moment de la sortie de prison ( $\chi^2 = 10,717$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,001$ ) et de la nationalité ( $\chi^2 = 19,868$ ;  $df = 2$ ,  $p = 0,000$ ). La proportion de récidive étant plus importante pour les belges que pour les non belges, l'intensité de la récidive étant la plus faible pour les européens. On observe également une différence statistiquement significative entre les personnes pour lesquelles il s'agit de la première détention et celles qui ont des détentions antérieures ( $\chi^2 = 94,818$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,000$ ).

Figure 16 : Comparaison de la proportion cumulée de survie en fonction de la nationalité

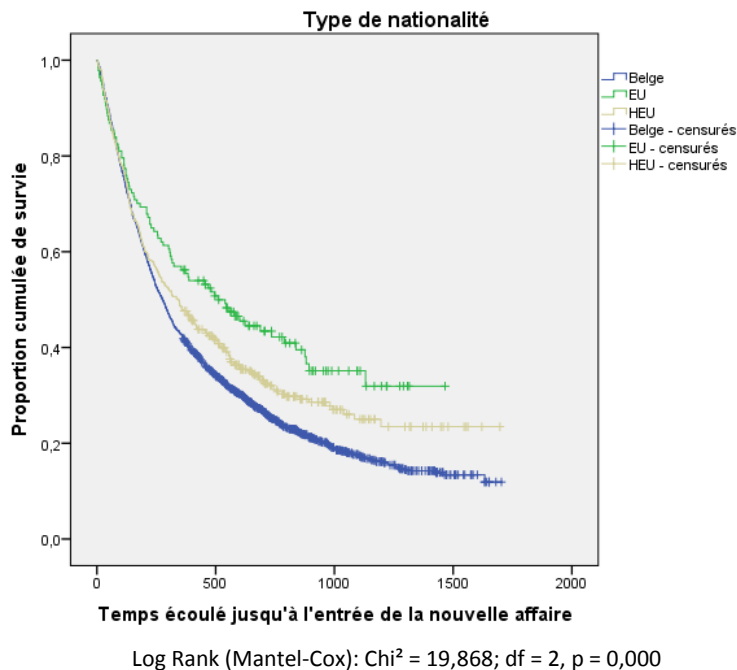
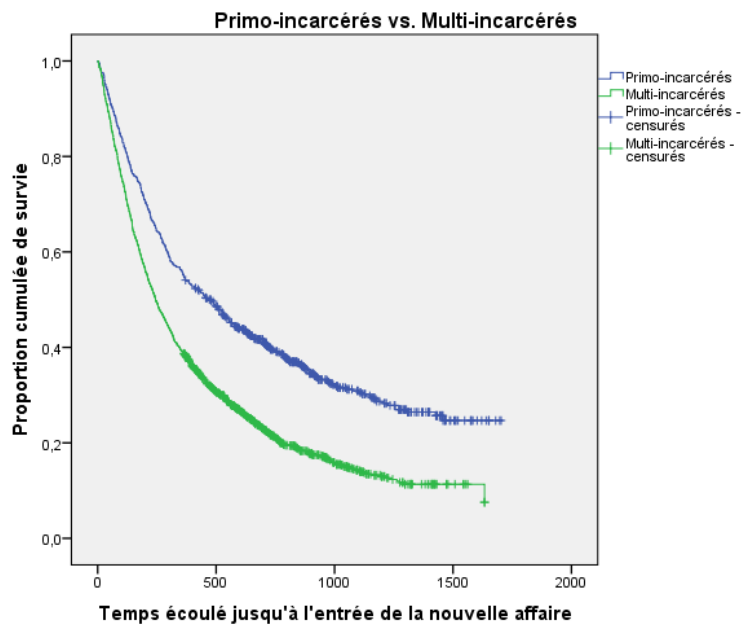


Figure 17 : Comparaison de la proportion cumulée de survie entre les primo-incarcérés et multi-incarcérés



Log Rank (Mantel-Cox):  $\chi^2 = 94,818$ ;  $df = 1$ ,  $p = 0,000$

Ces résultats sont confirmés par ceux des régressions de Cox bivariées (Tableau 23) qui montrent que les belges ont plus de chance d'être concernés par une nouvelle affaire que les européens et les non-européens. C'est également le cas pour les personnes qui sont plus âgées (au moment de l'écrou et de l'ouverture du dossier) que les personnes les plus jeunes de l'échantillon. Les personnes condamnées au moment de l'ouverture du dossier par le PCOA ont plus de chance de faire l'objet d'une nouvelle affaire que les personnes prévenues ou celles dont la situation légale relève de la catégorie 'Autre'. Les personnes avec des antécédents pénitentiaires ont également plus de chance d'être concernées par l'ouverture d'une nouvelle affaire que celles sans comme celles qui étaient condamnées définitivement au moment de leur sortie de prison par rapport aux personnes qui étaient prévenues ou assimilées. Les résultats ne sont en revanche pas significatifs au niveau des variables : intervention des PCOA ('vus'/'non-vus'), sexe, type de produit consommé et type de sortie.

# DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Tableau 23: Régressions de Cox bivariée et multivariée (REA-TPI)

	Analyse bivariée		Analyses multivariées							
	Exp(B)	S.E.	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4	
			Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.	Exp(B)	S.E.
<i>Variable intervention</i>										
Liste d'attente (réf.=vu)	0,905	0,062	0,930	0,062	0,944	0,063	-	-	0,910	0,069
<i>Variables socio-biographiques</i>										
Sexe (réf.=homme)	0,915	0,086	0,969	0,086	0,969	0,086	-	-	1,028	0,093
Nationalité (réf.=belge)										
européenne	<b>0,655***</b>	0,113	<b>0,654***</b>	0,114	<b>0,641***</b>	0,114	<b>0,641***</b>	0,114	<b>0,631***</b>	0,133
non-européenne	<b>0,841**</b>	0,065	<b>0,782***</b>	0,066	<b>0,771***</b>	0,067	<b>0,771***</b>	0,067	<b>0,788***</b>	0,075
Age écrou	<b>0,988***</b>	0,003	<b>0,979***</b>	0,003	<b>0,979***</b>	0,003	<b>0,979***</b>	0,003	<b>0,977***</b>	0,003
Age ouverture dossier	<b>0,988***</b>	0,003	-	-	-	-	-	-	-	-
Nombre d'antécédents pénitentiaires	<b>1,042***</b>	0,005	<b>1,066***</b>	0,006	<b>1,063***</b>	0,006	<b>1,063***</b>	0,006	<b>1,071***</b>	0,007
Présence d'antécédents pénitentiaires (réf.=non)	<b>1,626***</b>	0,050	-	-	-	-	-	-	-	-
<i>Variables situation (post-)pénitentiaire</i>										
Situation légale (ouverture; réf.=condamné déf.)										
prévenu ou assimilé	0,990	0,046	-	-	-	-	-	-	-	-
autre	0,927	0,102	-	-	-	-	-	-	-	-
Statut légal (sortie; réf.: condamné déf.)	<b>0,864***</b>	0,045	-	-	<b>0,867***</b>	0,054	<b>0,862**</b>	0,054	<b>0,836**</b>	0,060
Type sortie de prison (réf.=libération sans	0,993	0,045	-	-	<b>0,898*</b>	0,052	<b>0,898*</b>	0,052	0,901°	0,057
<i>Variable consommation problématique</i>										
Type produit (réf.=drogues légales)										
cannabis	1,014	0,081	-	-	-	-	-	-	1,022	0,081
cocaïne	1,197*	0,180	-	-	-	-	-	-	<b>1,204*</b>	0,089
opiacés	0,990	0,071	-	-	-	-	-	-	1,005	0,071
autre	1,108	0,075	-	-	-	-	-	-	1,111	0,076
-2 Log Likelihood	(30435,082)		30284,507 (df=6; Sig.=0,000)		30276,511 (df=8; Sig.=0,000)		30277,501 (df=6; Sig.=0,000)		-	
N (missings)	-		2756 (2)		2756 (2)		2756 (2)		2274 (484)	

° <0.1 \*\* < 0.05 \*\*\* ≤ 0.01 \*\*\* ≤ 0.001

Au niveau des résultats des analyses multivariées, quatre modèles sont à nouveau présentés dans le Tableau 23. Tous les modèles mobilisent la méthode ENTER, à l'exception du troisième modèle qui est réalisé au moyen de la méthode FORWARD (LR).

Le premier modèle inclut la variable 'intervention' des PCOA et les variables socio-biographiques. Il ressort que la nationalité, l'âge au moment de l'écrou et le nombre d'antécédents pénitentiaires ont un impact significatif sur le fait d'être concerné par une nouvelle affaire. Le second modèle intègre quant à lui les variables (post-)pénitentiaires. Outre les trois variables précédemment évoquées, il apparaît que le type de sortie de prison (sans condition/avec conditions) et le statut légal au moment de la sortie ont aussi un impact significatif sur la récidive. Les personnes qui sortent avec des conditions à respecter ont moins de chance d'avoir une nouvelle affaire que celles qui sortent sans condition. Cette observation tend une nouvelle fois à corroborer l'hypothèse formulée sous le premier indicateur selon laquelle les personnes qui sortent de prison avec des conditions à respecter ont plus de chance d'y retourner pour des bris de conditions que pour de nouveaux faits.

Le troisième modèle présente uniquement les résultats des variables ayant un impact significatif sur l'occurrence d'une nouvelle affaire tandis que le quatrième modèle présente les résultats pour l'ensemble des variables disponibles. A la différence des indicateurs précédents, dans le quatrième modèle, le type de sortie de prison n'affecte plus de manière significative la récidive. Par ailleurs, malgré le fait que les résultats relatifs à la variable 'consommation' doivent être interprétés avec précaution en raison du nombre important de personnes écartées à défaut d'information (n= 484), il ressort que les personnes pour lesquelles la cocaïne est le produit principal, ont davantage de chance de faire l'objet d'une nouvelle affaire après leur sortie de prison que les consommateurs d'autres produits.

Le rapport de vraisemblance (- 2 Log. Likelihood Ratio) demeure quant à lui significatif pour chacun des quatre modèles. Tous les quatre ont une nouvelles fois une capacité de prédiction meilleure que celle du modèle-nul<sup>88</sup>.

### 3.4. Conclusion

Au terme de ce second ensemble d'activités, il convient de rappeler à toutes fins utiles que la diminution, voire l'évitement de la récidive, ne constitue pas l'objectif premier des interventions des PCOA auprès de leurs bénéficiaires bien qu'ils participent à ce processus. Il s'agit avant tout pour eux d'assurer, à travers leurs missions d'information et d'orientation, la continuité et l'équivalence de soins entre l'intra- et l'extramuros. Par conséquent, la teneur de ce second ensemble d'activités consistait moins en une évaluation de l'efficacité de l'intervention des PCOA sur la base du taux de récidive observé, pris comme critère de succès et d'échec de celle-ci, qu'en un examen des variables susceptibles d'affecter la récidive parmi lesquelles l'intervention du PCOA.

Pour bien comprendre la portée des statistiques sur la récidive, il importe de clarifier trois composantes principales : l'échantillon, la mesure et la période de suivi. La définition de ces trois composantes comme leur combinaison va déterminer les résultats, ce qui peut rendre les études difficilement comparables entre elles.

<sup>88</sup> La présence de valeurs extrêmes (DFBêta) a été examinée pour chaque variable indépendante. Il ressort de cet examen qu'aucune valeur extrême n'a été identifiée. Des analyses ont ensuite été réalisées sur les résidus partiels (*Schoenfeld residuals*). Ces analyses montrent qu'il y a une légère différence au niveau de la proportionnalité des *hazards ratio* pour une des modalités de la variable nationalité ('Hors Union européenne') cependant, les résultats qui ont été obtenus ont malgré tout été conservés.



En l'occurrence, l'échantillon était composé de toutes les personnes présentes en prison (ou placées sous surveillance électronique) entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 31 décembre 2013 qui ont été vues par un collaborateur du PCOA ou placées sur liste d'attente au cours de cette période. Les analyses de récidive ont concerné toutes les personnes qui sont ensuite sorties de prison entre le 1<sup>er</sup> janvier 2011 et le 26 septembre 2014. Trois indicateurs furent mobilisés pour établir la récidive : l'entrée de nouvelles affaires pénales dans la base de données des parquets correctionnels pour des faits commis après la sortie de prison, l'enregistrement de nouvelles décisions judiciaires définitives dans le Casier judiciaire central pour des faits commis après la sortie de prison et les éventuels retours en prison enregistrés dans la base de données des établissements pénitentiaires. Selon les indicateurs, la période de suivi oscillait entre 1 jour et 4 ans et neuf mois.

La prévalence de récidive observée pour les (anciens) usagers de drogues incarcérés qui composent notre échantillon (n= 2758) est relativement élevée : 75,7% sont concernés par au moins une nouvelle affaire pénale signalée au parquet (indépendamment des faits commis et des orientations données à l'affaire) endéans les 4 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison ; 39,7% font l'objet d'au moins un nouveau bulletin de condamnation (indépendamment des faits commis et des peines ou mesures prononcées ultérieurement) endéans les 4 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison ; et 40,4% retournent en prison (indépendamment des motifs de retour en prison : non-respect de conditions, nouveaux faits commis) endéans les 3 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison (que ce soit sous surveillance électronique ou l'une des différentes formes spécifiques de 'libération'). Sans prétendre à la comparaison, ces chiffres font cependant écho aux taux observés dans la littérature (inter-)nationale. Selon Belenko (2006), *"within 3 years, about 95% of released state inmates with drug use histories return to drug use (Martin, Butzin, Saum & Inciardi, 1999), 68% are rearrested, 47% are reconvicted, and 25% are sentenced to prison for a new crime (Langan & Levin, 2002)"*. En Belgique, une recherche menée à l'échelle nationale sur la récidive des personnes condamnées (au cours d'une période de 18 années) à partir d'une exploitation du Casier judiciaire central, indiquait que les catégories de faits avec le deuxième et troisième taux de récidive le plus élevé, indépendamment du type de nouveaux faits commis, sont respectivement celles des infractions relatives à la législation sur les stupéfiants (69,0 %) et des infractions en matière d'ivresse (69,0 %) (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015).

L'intensité de la récidive (en termes de nouvelle affaire pénale signalée et de retour en prison) s'avère par ailleurs particulièrement forte au cours des (trois) premiers mois qui suivent la sortie de prison. Des résultats qui plaident incontestablement pour un accompagnement des sortants de prison (Kazemian, 2013) et une prise en charge de la consommation après la sortie de prison (Belenko, 2006) afin de réduire les risques de récidive.

Les analyses de survie bivariées (Kaplan-Meier) montrent qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les groupes de détenus 'vus' et 'non-vus' au niveau des deux derniers indicateurs (nouveau bulletin de condamnation et nouvelle affaire pénale signalée). Par contre, une différence statistiquement significative existe bien entre les deux groupes par rapport au premier indicateur (retour en prison) où la proportion de personnes récidivistes comme l'intensité de la récidive sont plus importantes pour le groupe des 'vus' que des 'non-vus'. Cette différence pourrait être expliquée par la présence d'antécédents pénitentiaires au sens où la différence entre 'vus' et 'non-vus' s'estompe lorsque cette unique variable est intégrée au modèle.

Les analyses de survie multivariées (Cox) ont également permis de mettre en évidence d'autres prédicteurs susceptibles d'affecter la récidive. Il ressort ainsi des analyses que les antécédents pénitentiaires et l'âge ont un impact significatif sur la récidive quel que soit l'indicateur. Il est également intéressant de souligner l'absence d'influence de la variable sexe sur la récidive compte tenu de la spécificité de la problématique.

De plus, les résultats indiquent que le type de sortie de prison et la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ont aussi un impact significatif sur la récidive (en termes de retour en prison). Les personnes qui sortent sous surveillance électronique ou avec des conditions à respecter ont plus de chance de retourner en prison que celles qui sont libérées sans condition et les personnes dont la situation légale relève de la catégorie 'Autres' (laquelle inclut un grand nombre d'internés) ont plus de chance également de retourner en prison que les personnes condamnées définitivement.

A l'inverse, pour les deux autres indicateurs, il apparaît que les personnes qui sortent avec des conditions à respecter ont moins de chance d'être concernées par une nouvelle affaire pénale ou d'avoir un nouveau bulletin de condamnation que celles qui sortent sans condition. Cette observation tend à corroborer l'hypothèse selon laquelle les personnes qui sortent de prison avec des conditions à respecter ont plus de chance d'y retourner pour des bris de conditions que pour de nouveaux faits. Les résultats montrent aussi que, contrairement à ce qui est observé pour le premier indicateur, les personnes condamnées définitivement au moment de leur sortie de prison ont plus de chance d'obtenir une nouvelle affaire pénale ou un nouveau bulletin de condamnation que les autres.

L'interprétation des résultats demeure délicate car on ne sait ce qu'il se passe après la sortie de prison (y a-t-il une prise en charge effective lorsqu'une orientation est proposée et, le cas échéant, a-t-elle été menée avec succès ?) et les analyses sont limitées à ce que les bases de données contiennent ainsi que par la qualité des valeurs enregistrées ; les valeurs manquantes comme les erreurs d'enregistrement ont des répercussions sur les analyses. En outre, nous avons aucune vue sur "l'hétérogénéité inobservée"<sup>89</sup> au sens où d'autres facteurs dont nous n'avons pas connaissance peuvent avoir un impact sur le calcul des "risques" (*hazard ratio*).

Au niveau des PCOA, il serait donc pertinent d'homogénéiser les champs d'enregistrement des différentes bases de données (notamment, au niveau de leur signification et catégorisation) ainsi que les pratiques d'enregistrement des données afin d'améliorer leur qualité. Par exemple, il conviendrait de préférer des champs déroulants (entre autres, pour les types de produits consommés) ou préstructurés (par exemple pour les dates) aux champs libres.

En tant que dispositif financé par le service Soins de Santé Prisons (SSP) de la Direction générale des établissements pénitentiaires (DGEPI), pourquoi ne pas envisager un système de reprise automatique d'un grand nombre d'informations relatives au détenu et à la détention depuis SIDIS/Greffe. A tout le moins, les PCOA devraient avoir accès, si pas au dossier de détention, au moins à la fiche d'écrou des personnes qui les sollicitent, à l'instar des services d'aide au détenu, ne fut-ce que pour pouvoir vérifier leur identité.

---

<sup>89</sup> Bijleveld C.C.J.H. & Commandeur J.J.F., 2008, 151.

## Références

- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Bijleveld, C.C.J.H. & Commandeur, J.J.F. (2008). *Multivariate Analyse. Een inleiding voor criminologen en andere sociale wetenschappers*, Den Haag, Boom Juridische Uitgevers.
- Kazemian, L. (2013). "Que sait-on des facteurs qui préconisent la récidive?", *Conférence de consensus sur la prévention de la récidive*, Paris, 2013, 9.
- Langan, P. A. & Levin, D. J. (2002). Recidivism of prisoners released in 1994. *Federal Sentencing Reporter*, 15(1), 58-65.
- Maes, E. & Robert, L. (2012). Wederopsluiting na vrijlating uit de gevangenis. *Brussel: Nationaal Instituut voor Criminologie en Criminalistiek*.
- Martin, S. S., Butzin, C. A., Saum, C. A. & Inciardi, J. A. (1999). Three-year outcomes of therapeutic community treatment for drug-involved offenders in Delaware: From prison to work release to aftercare. *The Prison Journal*, 79(3), 294-320.
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafregister. *Panopticon*, 36(3), 173-189.

## **Chapitre/ Hoofdstuk 4 Les perceptions des acteurs concernés par le fonctionnement des points centraux de contact**

*Benjamin Mine*

### **De percepties van de betrokkenen rond de werking van de aanmeldingspunten**

*Freya Vander Laenen, Lies Deckers, Sharon Van Audenhove, Stijn Vandeveld & Wouter Vanderplasschen*

#### **4.1. Introduction**

La création des points centraux de contact, d'orientation et d'accompagnement pour usagers de drogues incarcérés (PCOA) s'inscrit dans le cadre de la circulaire ministérielle n°1785 relative à la problématique de la drogue en milieu carcéral<sup>90</sup> et de la loi de principes du 12 janvier 2005 (art. 88 et 89). Cette initiative entendait instaurer un dispositif de centralisation des demandes de traitement ou de prise en charge qui puisse, à travers la dispense d'informations et éventuellement la proposition d'une orientation individualisée, faciliter aux personnes détenues l'accès aux services d'aide externes afin de garantir l'équivalence et la continuité de soins adaptés à leurs besoins<sup>91</sup>.

Ce troisième volet (WP3) de la recherche visera à appréhender le fonctionnement des PCOA à travers la perception des acteurs concernés par leurs activités. Au regard des finalités qui ont été assignées au dispositif, il s'agira d'envisager plus particulièrement avec eux, lors d'entretiens semi-directifs, les aspects suivants: (1) quelle est la plus-value des PCOA?; (2) quelles contraintes spécifiques entravent leurs activités, voire le développement optimal de ce type de dispositif?; (3) quelles sont leurs perceptions à l'égard des objectifs poursuivis par le traitement et du fonctionnement des individus (récidive, consommation) après le renvoi par les PCOA?

Quatre types de répondants ont été identifiés pour répondre à ces questions de recherche: (1) le personnel des PCOA; (2) les membres du personnel des services de traitement spécialisés qui accueillent les personnes orientées par les PCOA; (3) le personnel de la Justice qui est régulièrement en contact avec les personnes orientées par les PCOA (magistrats, directeurs de prison, personnel des services psychosociaux (SPS), avocats); et (4) les (anciens) usagers de drogue incarcérés qui ont rencontré les PCOA.

#### **4.2. Méthodologie**

Pour chaque rôle linguistique (francophone et néerlandophone), le projet de recherche prévoyait initialement de rencontrer dans le cadre d'un entretien semi-directif cinq collaborateurs des PCOA, dix collaborateurs des services d'aide spécialisés qui accueillent les personnes orientées par les

---

<sup>90</sup> Circulaire ministérielle n° 1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue, Service public fédéral Justice - Direction générale Exécution des peines et mesures.

<sup>91</sup> A l'heure actuelle, les (anciens) usagers de drogue internés ne relèvent en principe pas du mandat des PCOA même si dans la pratique il en va parfois autrement. Plusieurs raisons ont été avancées par les personnes interviewées au cours de l'étude pour justifier ce choix lors de l'élaboration du marché public : l'incertitude liée à leur libération, les contraintes budgétaires dans lesquelles le marché public a été lancé et la présomption d'un investissement important des collaborateurs des PCOA pour répondre aux besoins de cette population présentant bien souvent un double, voire un triple diagnostic, compte tenu de l'offre de services restreinte et de ses conditions d'admission spécifiques. Un investissement jugé potentiellement préjudiciable pour les autres usagers de drogue incarcérés.

PCOA, dix acteurs de la Justice et quinze personnes détenues. L'ensemble correspondant à 80 entretiens au total.

Toutes catégories confondues, 42 entretiens furent finalement réalisés par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie auprès de répondants francophones tandis que l'Université de Gand a mené 43 entretiens auprès de personnes néerlandophones. Afin d'avoir l'image la plus complète possible, la décision fut prise de rencontrer tout le personnel des PCOA intervenant en prison et de sélectionner sur la base de différents critères d'échantillonnage les personnes relevant des autres catégories d'acteurs (voir tabel 24).

A la différence du critère de représentativité qui guide l'échantillonnage statistique, c'est le principe de diversification, entre autres, qui oriente l'échantillonnage qualitatif (par cas multiples)<sup>92</sup>. L'objectif étant de prendre en considération le plus grand nombre possible de situations différentes. Les critères d'échantillonnage varient quelque peu d'une catégorie d'acteurs à l'autre en raison des spécificités propres à chacune d'entre elles, voire parfois d'un rôle linguistique à l'autre suite à certaines différences entre les Régions du pays notamment, par rapport à l'organisation de l'offre de prise en charge des personnes confrontées à des problèmes de consommation de produits (voir Annexe I).

Un canevas d'entretien commun a été conçu à partir d'instruments existants<sup>93</sup>, lequel fut adapté en fonction de la catégorie d'interlocuteurs rencontrés (voir Annexe II). Celui-ci a par ailleurs fait l'objet de discussions entre les chercheurs pour garantir une compréhension concordante de son contenu.

L'ensemble des entretiens a été enregistré et retranscrit. Les chercheurs ont élaboré une grille d'analyse commune pour chaque catégorie d'acteurs (laquelle n'exclut pas la présence de codes subséquents spécifiques à l'un ou l'autre rôle linguistique). Sur cette base, le matériel a ensuite été codé et analysé au moyen du programme d'analyse qualitative NVIVO.

En raison de ces spécificités régionales évoquées précédemment, les résultats seront présentés par rôle linguistique.

### 4.3. Résultats

Le cahier des charges, rédigé à l'occasion du lancement du marché public, stipule que le PCOA doit avoir pour objectif de faciliter aux usagers de drogue incarcérés l'accès aux services d'aide, il "constitue un maillon dans un circuit de soins ou un réseau de services spécialisés plus large". Pour ce faire, le cahier des charges prévoit entre autres une présence régulière du PCOA dans les différents établissements pénitentiaires afin de centraliser toutes les demandes de traitement ou de prise en charge. Le cas échéant, les intervenants des PCOA ont la possibilité de formuler une proposition concrète d'orientation vers un service d'aide externe sur la base d'une ou plusieurs rencontres avec la personne et d'une analyse de sa demande. Le service constitue ainsi un repère, une référence en matière d'assuétudes au sein de l'établissement.

Au cœur de ce nouveau dispositif, c'est l'équivalence et la continuité de soins que les rédacteurs du cahier des charges entendaient garantir aux usagers de drogue incarcérés en étendant à l'ensemble du pays l'expérience initiée dans les prisons néerlandophones avec le 'Centraal aanmeldpunt voor drugsgebruikers in de gevangenis' (CAP). Comme le faisait remarquer une des personnes interviewées, jusque-là :

---

<sup>92</sup> Voir plus particulièrement Patton (2002) et Suri (2011) au sujet du 'purposeful sampling'.

<sup>93</sup> Celui-ci s'est inspiré du canevas de la recherche *Drug Recovery Wings* (Powis, Walton & Randhawa, 2014) et du questionnaire de la recherche *Drugbehandelingskamers* (Vander Laenen et al., 2013).

*“En fonction du lieu où on était détenu, on avait plus ou moins de chance d’obtenir une réponse quand on faisait une demande d’aide par rapport à une problématique d’usage de drogue. C’est clair qu’un détenu d’une prison proche d’un centre urbain, avec un tissu associatif plus dense sur le plan des intervenants en matière de toxicomanie, et bien, il avait plus de chance de recevoir une réponse que s’il était détenu à St Hubert ou à Arlon où là il y a un tissu moins dense, avec moins d’intervenants actifs dans le secteur toxicomanie, [...]. Il y avait là fondamentalement un manque d’équité entre les personnes incarcérées qui ne sont pas toujours maîtres de la destination où on les envoie effectuer leur détention.” (directeur de prison).*

Par ailleurs, certaines personnes qui bénéficiaient d’une aide dans un établissement, pouvaient se retrouver, à la suite d’un transfert, dans un autre établissement sans la possibilité de poursuivre ce qui avait éventuellement été initié par rapport à leur problématique actuelle ou passée, quand bien même cela s’inscrivait dans un projet de reclassement en vue d’une libération. D’où la volonté de permettre dorénavant à la personne détenue de recourir à un service équivalent quel que soit l’établissement où elle est incarcérée et de lui donner la possibilité durant sa détention de poursuivre le travail entamé par rapport à sa consommation.

### 4.3.1. Résultats relatifs à l’échantillon francophone

Les travailleurs des PCOA identifient clairement les finalités de leur service. Tous évoquent les missions d’information et d’orientation mais ils insistent aussi et surtout sur l’importance de l’accompagnement des personnes incarcérées confrontées à des difficultés actuelles ou passées avec la consommation de produits (alcool, médicaments, drogues). Il ne s’agit pas d’une “guidance à long terme”, ni d’un “accompagnement psychologique” intramuros soulignent certains d’entre eux – comme pourrait d’ailleurs le laisser penser le terme “accompagnement” de la dénomination du PCOA –, il s’agit plutôt, selon la formulation d’un travailleur, de proposer un “accompagnement à l’orientation”. Au-delà de la continuité et l’équivalence de soins, déclare un autre travailleur, l’objectif sous-jacent est, selon lui :

*“De tenter le mieux possible de répondre à la demande de la personne qu’on a en face de nous de manière individualisée [...], de pouvoir individualiser l’information qu’on va donner à la personne en fonction de son parcours, de ses besoins éventuels, de son histoire, [...]. C’est vraiment que la personne, entre guillemets, ‘trouve chaussure à son pied’ en termes de suivi, si elle est demandeuse d’un suivi.” (collaborateur de PCOA)*

Un PCOA n’est donc pas un simple “guichet”<sup>94</sup>, précise un autre travailleur, il s’agit de “de définir quelque chose qui a du sens pour lui [le détenu]”. Il ajoute, “le PCOA est une antenne du secteur [de soins] dans les prisons qui va dire à la personne qu’elle va pouvoir être avec nous [le PCOA] jusqu’à ce qu’elle soit orientée en fonction de la réponse la plus adaptée”. Les PCOA vont parfois jusqu’à organiser, lorsque le service et la personne sont preneurs, une rencontre tripartite pour établir le lien<sup>95</sup>. Une différence existe toutefois entre Step by Step et le Prisme dans la mesure où ce dernier s’assure de l’effectivité de chaque orientation. La réalisation des entretiens de préadmission de certaines demandes pour le compte de certains services externes tend également à soutenir le fait que les PCOA ne sont pas simplement un “guichet”, “un bottin de téléphone ou un annuaire” mais

---

<sup>94</sup> La dénomination « point central de contact, d’orientation et d’accompagnement » fait en effet écho à la dénomination anglo-saxonne « point of contact » ou « single point of contact » qui désigne généralement dans le domaine managérial ou commercial, une personne ou un département de référence chargé de délivrer une information fiable et précise sur une activité ou un programme.

<sup>95</sup> Certains services ne sont pas preneurs pour des raisons logistiques, voire déontologiques.

plutôt, comme l'évoque son personnel, un "relais", une "passerelle". La seule dimension de leur mandat que les travailleurs des PCOA n'évoquent pas, à l'exception d'un d'entre eux, c'est la centralisation des demandes (voir *infra*).

### **4.3.1.1. Le quotidien professionnel des PCOA**

Leur quotidien professionnel peut être principalement divisé en trois grandes catégories : le travail de réseautage (s'informer sur l'offre de services disponible ainsi qu'entretenir et développer les contacts professionnels) et de lobbying (faire connaître le service et les besoins des usagers de drogue incarcérés), le travail de terrain (analyse de la demande/état des lieux des besoins, information, orientation) et le travail administratif (démarches et prises de contact diverses destinées à concrétiser l'orientation).

#### **4.3.1.1.1. Le travail de sensibilisation (réseautage et lobbying)**

Au démarrage du projet, les équipes du Prisme et de Step by Step ont été à la rencontre des services d'aide généralistes et spécialisés en matière d'assuétudes susceptibles d'intervenir en prison ou d'accueillir les (anciens) usagers de drogue incarcérés à leur libération. Au-delà de la simple prise de contact, l'objectif était aussi de prendre connaissance de leur méthode de travail, de leurs conditions d'admission ou d'exclusion<sup>96</sup>, de leurs besoins comme de leurs contraintes et, en retour, de pouvoir présenter leur offre de services ainsi que la réalité et les besoins de leur public. Ces rencontres furent réalisées en équipe. Depuis, les deux équipes reprennent régulièrement contact avec les différents services, non seulement pour entretenir la relation mais aussi éventuellement pour actualiser les informations sur le service ou les modalités de collaboration. Par exemple, le Prisme a organisé des réunions de supervision avec les services vers lesquels ils orientent pour évaluer la collaboration. Les travailleurs de Step by Step procèdent de manière similaire en refaisant chaque année, seul ou en équipe, le tour de leur réseau, s'efforçant de revoir chaque service individuellement. Leur implication dans des réseaux locaux et supra locaux (comme le réseau WaB<sup>97</sup>) ainsi que leur participation à des groupes de travail ou aux plateformes de réinsertion, constituent autant d'opportunités que les PCOA saisissent pour entretenir leurs contacts professionnels.

Au niveau des établissements pénitentiaires, un travail d'information du personnel relevant de l'administration pénitentiaire (directeurs, SPS, SSP, agents de surveillance, etc.) a été mené par le coordinateur de la politique drogue, notamment via les groupes de pilotage 'drogue' locaux (GPDL) qui constituent un lieu d'information et de rencontre entre les services internes et les services extérieurs à la prison (dont les PCOA)<sup>98</sup>. Toutefois, les GPDL n'existent pas dans tous les établissements et, dans ceux où ils sont constitués, ils ne se réunissent pas toujours régulièrement. En outre, le personnel pénitentiaire est informé de l'existence et du travail mené par les PCOA à l'occasion des formations de base dispensées au centre de formation du personnel pénitentiaire sur les possibilités d'aide existantes en matière d'assuétudes. A quelques exceptions près, il ressort des entretiens que le dispositif a globalement été bien accueilli dans les différents établissements. La défiance dont certains ont fait preuve s'expliquerait entre autres par un intérêt moindre pour la problématique 'drogue', la culture professionnelle de l'établissement, le personnel pouvant se montrer plus ou moins favorable aux collaborations avec les services externes susceptibles d'aider les personnes détenues, voire le degré d'ouverture des acteurs internes ou externes présents au sein des GPDL par rapport à leurs habitudes de travail. Pour le personnel des PCOA, leur inscription au sein de la prison ne relève pas pour autant de l'évidence, l'un d'entre eux déplore qu'il faille

---

<sup>96</sup> Certains services d'aide refusent par exemple d'accueillir des auteurs d'homicide ou de faits de mœurs.

<sup>97</sup> Le réseau WaB est « un réseau pilote supra-local réunissant des services et institutions actifs en matière d'assuétudes et issus de la Région Wallonne et de la Région Bruxelloise. Voir <http://www.reseauwab.be/> (consulté le 31 mars 2016).

<sup>98</sup> Circulaire ministérielle n° 1785 du 18 juillet 2006 relative à la problématique de la drogue, Service public fédéral Justice - Direction générale Exécution des peines et mesures.

*“toujours refaire sa place, toujours réexpliquer le cadre, toujours dire qui on est”*. Il leur arrive ainsi encore dans certains établissements de devoir organiser, à leur initiative, des rencontres avec les SPS et SSP afin de clarifier leurs missions qui demeurent floues pour certains membres de ces services internes. Cette nécessité de devoir sans cesse continuer à se faire connaître au sein de certains établissements leur paraît d’autant plus interpellant qu’ils sont financés par le SSP de la DGEPI (voir *infra*). Il s’agit donc d’un travail de sensibilisation continu qui leur demande beaucoup de temps et d’énergie.

Le personnel des PCOA semble avoir plus de difficultés à établir le contact avec le monde judiciaire tels que les juges d’instruction et les magistrats des juridictions d’instruction ou du tribunal de l’application des peines (TAP), voire avec certains acteurs de l’administration pénitentiaire (Direction Gestion de la Détention – DGD) avec lesquels ils ne collaborent pas directement mais qui sont *in fine* concernés par leur intervention au regard des décisions qu’ils sont amenés à prendre (levée d’un mandat d’arrêt, octroi d’une permission de sortie ou d’un congé pénitentiaire, octroi d’une libération conditionnelle, etc.). La sensibilisation de ces acteurs à leur intervention ainsi qu’à la réalité des usagers des drogues incarcérés se fait à l’occasion d’un colloque ou d’une journée d’étude, par le biais des avocats ou bien à la lecture du dossier où figurent les attestations rédigées par les PCOA<sup>99</sup>. A ce titre, les juges, rappelle un avocat, *“veulent toujours être rassurés, ils veulent les pièces pour être rassurés [...] que les gens qui sortent de prison soient encadrés”*. C’est pourquoi, Step by Step rédige régulièrement un courrier, en deux exemplaires, adressé à qui de droit dans lequel il argumente et défend la cohérence du projet d’orientation proposé. Le document est remis ensuite à la personne ou à son avocat qui le joindra au dossier. Pour les magistrats, une simple attestation de rencontre avec le PCOA n’est pas toujours suffisante, et peut s’avérer contreproductive, comme en témoignent les déclarations de ce juge d’un TAP:

*“On a besoin d’un plan de reclassement attesté et avéré sur base écrite et bien souvent on demande des attestations. Et, avec Step by Step, j’ai pu constater dans les dossiers, on a l’attestation comme quoi Step by Step les a orientés mais ça peut être perçu par nous – parce qu’il n’y a pas de suite, pas de suivi – comme le papier supplémentaire qui vient étoffer le plan de reclassement [...]. A la limite, il ne faudrait pas qu’ils délivrent d’attestation si ce n’est cette attestation couplée avec un accord de prise en charge.”* (Juge d’un TAP)

Une autre déclaration va dans le même sens :

*“Je pense à ma petite expérience à la Chambre du conseil où on produisait des attestations de Step by Step et c’est vrai que ces attestations je ne pouvais pas en tenir compte pour la libération parce que il n’y avait rien de concret”*. (Juge d’un TAP)

Il ressort également des entretiens menés avec le personnel des PCOA que ceux-ci n’ont pas réellement de contact avec les assistants de justice. Les contacts entre les PCOA et les assistants de justice sont tributaires du cadre légal et réglementaire qui régit le mandat des assistants de justice dans le cadre de la détention préventive et de l’exécution des peines comme de la limitation de l’intervention des PCOA à l’intramuros. Cependant, un travail de sensibilisation et d’information serait envisageable dans le cadre des réunions des structures de concertation locales.

Le travail de sensibilisation des PCOA et de promotion de leurs activités semble donc avoir été mené en priorité auprès d’acteurs dont la collaboration est indispensable à l’accomplissement des missions

---

<sup>99</sup> D’après les déclarations d’un travailleur des PCOA et d’un avocat que nous avons rencontrés, les représentations des magistrats à l’égard des usagers de drogue demeurent fortement stéréotypées et stigmatisantes, les soins à prodiguer étant quasi exclusivement envisagés à l’aune du sevrage en centre résidentiel. D’où l’importance, selon eux, de mener un travail d’information et de sensibilisation par rapport à la plus-value d’envisager des solutions individualisées axées sur la réduction des risques et le mieux-être de la personne.



qui leur sont dévolues, à savoir le personnel des établissements pénitentiaires et celui des services d'aide généralistes et spécialisés en matière d'assuétudes. Ce travail fut progressivement étendu aux acteurs de la Justice mais de manière plus ponctuelle que systématique. En effet, il ne ressort pas des entretiens réalisés auprès des différents interlocuteurs qu'il y ait eu, jusqu'à présent en tout cas, une activité de promotion ou de sensibilisation spécifiquement entreprise et orientée vers l'Ordre judiciaire, le SPF Justice ou encore l'Ordre des barreaux francophone et germanophone (OBFG). Cette extension centrifuge du réseau de collaboration s'explique en partie par le nombre particulièrement important d'acteurs concernés par cette problématique complexe ainsi que les moyens humains et matériels limités dont disposent les PCOA, voire aussi par la difficulté d'accès, pour ne pas dire l'hermétisme, pouvant caractériser la Justice<sup>100</sup>.

Enfin, *last but not least*, la visibilité du service auprès des (anciens) usagers de drogue incarcérés varie d'un établissement à l'autre, elle peut prendre différentes formes : l'affichage en format A4 de feuilles de présentation du service sur les murs de la prison, la mention du service sur les billets de rapport, l'inscription d'une description du PCOA dans le fascicule remis aux entrants ou encore la mise à disposition de la brochure des PCOA dans les locaux des SPS ou SSP. Aux dires des principaux concernés, la promotion des PCOA semble avant tout reposer sur le bouche à oreille entre codétenus. Selon les personnes détenues rencontrées dans les établissements wallons, le personnel pénitentiaire ne fait pas d'emblée la publicité du PCOA, il faut être curieux, *"il faut avoir l'initiative soi-même pour aller vers le service sinon on n'a pas d'information"* résume l'une d'elle. Les déclarations d'une autre personne évoquent également l'importance de la proactivité:

*"J'ai vu sur la fiche message qu'il y avait écrit Step by Step. Au début, je pensais que c'était une activité de sport. Puis j'ai lu sur une brochure que la direction donne quand on arrive, que c'est un service qui s'occupe de tous les gens qui ont des problèmes de dépendance".* (détenu)

Cela pose incontestablement la question du nonaccès au dispositif pour les personnes analphabètes, les personnes étrangères ne maîtrisant pas la langue ou celles qui sont isolées en raison de leur santé mentale et/ou de leur consommation. A Bruxelles, le Prisme a ainsi convenu avec le SSP des établissements où il intervient que celui-ci présente systématiquement le PCOA à tout nouvel entrant souffrant de problèmes de dépendance. Selon les explications d'un médecin d'un de ces SSP, cela leur paraît d'autant plus nécessaire d'orienter ces personnes vers le PCOA, que :

*"Le SPS n'a plus le temps, vu qu'il est capté par ses autres missions, d'organiser ce contact avec le réseau de soins extérieur; et, d'autre part, on pense que c'est une condition sine qua none de réinsertion pour les patients toxicomanes que de pouvoir s'inscrire dans un réseau de soin à l'extérieur".* (médecin de SSP)

Au niveau de la Wallonie, deux collaborateurs de Step by Step se demandent si les détenus reçoivent bien l'information quant à l'existence du service :

*"Parce que dans certaines prisons on n'a pas beaucoup de demandes alors qu'il y a beaucoup de détenus et que le problème de toxicomanie est là [...]. Maintenant est-ce que c'est un problème d'information ou bien de volonté de la part de la personne, ça c'est difficile à évaluer".* (collaborateur de Step by Step)

---

<sup>100</sup> Il faut mentionner que la recherche a également contribué à la visibilité et la promotion des PCOA lors des divers contacts pris en vue de l'organisation des entretiens, principalement auprès des acteurs judiciaires contactés (avocats et magistrats). Lors des entretiens, le chercheur a également dû parfois compléter l'information de certains interlocuteurs (personnes détenues, avocats, magistrats, attaché de la DGD, voire certains services d'aide avec lesquels les PCOA travaillent peu) quant au statut et au mandat des PCOA.

Cette préoccupation est partagée par un avocat ainsi qu'un directeur de prison. Ce dernier pense même que dans le précédent établissement où il exerçait:

*"Il y avait un sabotage [...] quelque part du passage d'information. Ici [dans l'établissement où il travaille actuellement], il y a eu une période plus creuse aussi où Step by Step me disait : 'on n'a plus de demandes, c'est quand même bizarre'. Puis les demandes sont revenues. Donc je pense qu'il y a des périodes où, effectivement, les demandes ne sont pas bien relayées."* (directeur de prison)

Un détenu relate que lors d'une incarcération antérieure, il avait beau introduire des demandes, il n'a jamais eu d'entretiens avec Step by Step. Il explique qu'un jour il a été appelé par la direction qui lui a demandé ce qu'était Step by Step. Selon lui, la direction faisait semblant de ne pas connaître le service et ne mettait pas à disposition la brochure, elle recommandait de s'adresser plutôt au SPS. Un collaborateur de Step by Step reconnaît qu'ils sont très peu sollicités dans cet établissement car, explique-t-il:

*"La configuration de la prison est un peu spécifique et on a un personnel psychosocial qui étend un peu ses directives de travail au-delà de l'évaluation. Ils accompagnent pas mal les détenus [...]. C'est la raison pour laquelle ils justifient qu'ils n'ont pas spécialement besoin de nous et je pense aussi qu'ils sont un peu moins préoccupés par la politique drogues. Il n'y a pas de GPLD, [...] On a essayé de les relancer, voilà, pour le principe de dire qu'on était là mais... de manière pratique, on n'est très peu sollicité là-bas."* (collaborateur de Step by Step)

#### 4.3.1.1.2. Le travail de terrain

La présence des PCOA au sein des différents établissements pénitentiaires constitue le point de départ de leur intervention au sens où, par leur présence, ils offrent aux (anciens) usagers de drogue incarcérés la condition de possibilité pour qu'une demande soit formulée. Ils essayent ensuite de définir avec la personne un projet qui soit le plus proche de ses besoins. A son initiative personnelle ou à l'invitation d'un tiers (service d'aide aux détenus, aumônier, service interne à la prison, proche, etc.), la personne détenue peut prendre contact avec le PCOA par écrit (via un billet de rapport ou le coupon-réponse de la brochure de Step by Step à remplir et poster dans la boîte aux lettres prévue à cet effet) ou par téléphone. Dans certains cas, le PCOA est contacté par un tiers (famille, codétenu, avocat, etc.). La rencontre avec la personne a lieu sur base volontaire. Les entretiens (3 en moyenne) se déroulent en parloir avocat ou, dans certains établissements, dans un local mis à disposition du PCOA par la direction.

Le premier entretien (seul pour Step by Step, à deux pour le Prisme) dure souvent ¾h- 1h, il est consacré à l'analyse de la demande et l'état des lieux des besoins de la personne. Le(s) collaborateur(s) du PCOA commence(nt) par présenter le service et le cadre de travail (confidentialité, accord préalable de la personne avant l'entreprise de toute démarche, etc.) pour ensuite procéder en quelque sorte à une anamnèse du parcours de vie de la personne. Sans qu'il y ait de protocole d'entretien strict, plusieurs dimensions sont néanmoins explorées de manière relativement systématique par les deux équipes en vue de déterminer l'orientation: les ressources (relationnelles, matérielles, etc.), la présence d'un traitement pharmacologique, la trajectoire de soins (ce qui a fonctionné, ce qui n'a pas fonctionné et les raisons des rechutes), la consommation passée et/ou actuelle, le sentiment de compétence (self-efficacy), la situation judiciaire, la situation familiale, la région de provenance, le degré de motivation, la connaissance des différentes modalités de prise en charge, les souhaits (type de prise en charge, région/quartier, etc.). Le personnel des PCOA prend ce temps avec la personne afin de parvenir à établir un lien de confiance grâce auquel l'examen de la demande pourra être affiné et la motivation de la personne renforcée. A moins que la demande ne relève pas de la compétence du PCOA ou qu'elle puisse être satisfaite dès le premier

entretien, la personne est revue ultérieurement. Les entretiens subséquents, généralement plus courts, sont destinés à proposer et concrétiser un projet d'orientation ainsi qu'à maintenir la personne étroitement informée de l'avancée des démarches qui auraient été entreprises avec son consentement préalable. Rien n'est fait sans concerter auparavant la personne.

Durant les entretiens, le PCOA répond aux éventuelles questions de la personne et l'informe sur l'offre de services disponible (dont elle ne soupçonne peut-être pas toujours l'existence) ainsi que ses spécificités<sup>101</sup>. En tentant de faire la part entre ce qui émane de lui et des influences extérieures (famille, avocat, magistrat, etc.), voire en déconstruisant certaines idées reçues par rapport au projet thérapeutique, le personnel aide certains d'entre eux à prendre conscience de leur demande et de ses implications afin qu'ils puissent se l'approprier davantage.

Selon un travailleur d'un PCOA, le critère principal qui va déterminer l'orientation, c'est l'adéquation de l'offre par rapport à la demande car, souligne-t-il, c'est la personne qui sait mieux que quiconque dans quoi elle veut s'engager ou ne veut pas s'engager et qui, *in fine*, a le dernier mot<sup>102</sup>. Après, il faut tenir compte de l'offre disponible, *"il n'y a pas tout partout"* rappelle un autre travailleur, *"si la personne veut absolument aller dans un centre de postcure à Liège et bien ce n'est pas possible"*. La limitation de l'offre disponible, comme la saturation de certaines structures, contraignent parfois les PCOA à devoir proposer à la personne une orientation qui soit moins idoine ou bien à faire preuve d'ingéniosité pour concevoir des trajectoires de soins qui se déclinent en plusieurs phases successives<sup>103</sup>.

Les réunions d'équipe sont aussi l'occasion de discuter de certains dossiers plus 'difficiles' (en termes d'orientation ou sur le plan émotionnel). Un collaborateur du Prisme explique qu'ils organisent aussi des supervisions où tous les aspects du traitement de la demande sont passés en revue que ce soit :

*"Au niveau méta, sociétal, familial, judiciaire, jusqu'au niveau individuel. On prend en compte [...] aussi la situation dans laquelle on se trouve parce que c'est important [...] pour pouvoir être plus productif, pour pouvoir être bien sur le lieu de travail, pour ne pas se perdre."*  
(collaborateur du Prisme)

Lorsque le service d'aide est identifié et que la personne a marqué son accord par rapport à l'orientation proposée, toute une série de démarches vont pouvoir être entreprises, celles-ci varient en fonction du service d'aide (c'est-à-dire de ses conditions et de sa procédure d'admission) et de ses relations avec le PCOA. Ces démarches et prises de contact diverses, destinées à concrétiser l'orientation, relèvent d'un troisième ensemble de tâches: le travail administratif.

#### 4.3.1.1.3. Le travail administratif

La prise de contact avec le service d'aide se fait soit par écrit (mail, courrier), soit par téléphone. Dans certains cas, c'est le PCOA qui contacte directement le service ; dans d'autres, celui-ci exige que ce soit la personne qui téléphone ou écrive afin d'attester de sa motivation. Il n'est toutefois pas rare que le personnel de Step by Step rédige la lettre avec la personne, la timbre, l'envoie à sa place et

---

<sup>101</sup> Deux personnes de services externes ont à cet égard souligné la qualité de la présentation des services réalisées par les PCOA, l'une d'entre elles déclare: « la qualité des entretiens est juste impeccable, ça on le sait parce que quand la personne arrive on voit que tout ce qui a été, tout ce qui devait être dit a été dit et la personne a été briefée aussi bien que si on l'avait fait par rapport à tout ce qui concerne les modalités pratiques liées à l'accueil ».

<sup>102</sup> Avec l'accord de la personne, les PCOA tentent aussi de rétablir le contact avec les services qu'elle connaît déjà ou avec ceux qui la suivaient avant son incarcération.

<sup>103</sup> Un exemple qui nous a été rapporté, relate la trajectoire d'une personne qui est d'abord orientée vers une maison d'accueil car elle n'a pas de logement. Puis elle va en cure deux mois et, dans le cas où elle n'aurait pas de logement en sortant, elle retournera dans la maison d'accueil jusqu'à ce qu'elle trouve un appartement.

assure ensuite le suivi du courrier dans la mesure où la distribution du courrier dans certains établissements est chaotique.

Les démarches peuvent aller très vite, notamment pour les services avec lesquels les PCOA collaborent étroitement, comme il peut y avoir de multiples prises de contacts avant de parvenir peut-être à un accord entre la personne et la structure d'accueil. En effet, certains lieux d'accueil ont des procédures strictes qui peuvent s'avérer lourdes et complexes à mettre en œuvre pour les usagers de drogue incarcérés<sup>104</sup>; raison pour laquelle, grâce au travail de sensibilisation mené par les PCOA, d'autres structures ont adapté leur procédure d'admission en tenant compte de leur situation.

Le personnel des PCOA observe également une différence entre les services mandatés par la Justice, ou ayant l'habitude de travailler avec une population (post-)carcérale, et ceux pour lesquels c'est moins évident en raison par exemple de leur méconnaissance de la problématique et de la vivacité des représentations négatives véhiculées par l'étiquette 'détenu toxicomane'<sup>105</sup>, de mauvaises expériences antérieures (reproduction du milieu carcéral dans le lieu d'accueil, mise à mal de la dynamique du groupe, etc.), d'une crainte d'instrumentalisation du processus thérapeutique dans un contexte d'injonction judiciaire (glissement du thérapeute vers le contrôleur, idéal thérapeutique imposé par la Justice, etc.), etc. Selon les dires de deux personnes travaillant au sein de services d'aide, le personnel des PCOA se montre à l'écoute et très respectueux du cadre de travail comme de la philosophie de chacun alors qu'il considère pour sa part l'injonction judiciaire comme un levier potentiel au sens où cela peut permettre à la personne, déclare un travailleur:

*"De prendre conscience d'une problématique qui n'était pas prise en compte au préalable ou qui pour [elle] semblait quasi inexistante".* (collaborateur d'un PCOA)

Le premier objectif pour le PCOA, et *a fortiori* pour l'(ancien) usager de drogue incarcéré, est d'obtenir du service d'aide des attestations à joindre au dossier pour que la personne puisse faire preuve de ses démarches vis-à-vis de la Justice (voir *supra*). Il y a plusieurs types d'attestations : attestation de prise de contact, attestation de rendez-vous, attestation de présence au rendez-vous, attestation de prise en charge. Selon un travailleur de Step by Step, cela permet :

*"De matérialiser la trajectoire de soins pour la personne et de servir d'accroche car s'il n'y a que des mots, à la fin la personne s'essouffle. Quand il y a des papiers qui arrivent, signés par des psychologues qui s'engagent à recevoir la personne dans un tel délai, ça permet un petit peu de servir d'accroche par rapport à la demande."* (travailleur de Step by Step)

Un autre travailleur indique que:

*"Certains ça ne leur pose pas de problème car ils ont l'habitude, il y a un canevas qui est fait, ils changent le nom puis c'est envoyé mais il y en d'autres pour qui c'est une surcharge de travail inutile."* (travailleur de Step by Step)

C'est pourquoi certains services d'aide limitent leur collaboration, voire refusent la prise en charge d'(anciens) usagers de drogue incarcérés, en raison de l'incommodité du travail administratif que cela implique, comme l'illustre les déclarations d'un responsable d'une maison d'accueil:

*"ça fait une multiplication de courrier. Donc on doit confirmer par fax qu'on est d'accord – la*

---

<sup>104</sup> La procédure peut, par exemple, consister en plusieurs entretiens de préadmission où la personne doit parfois se rendre sur le site. La personne est placée sur une liste d'attente et est invitée à téléphoner toutes les semaines pour signaler qu'elle souhaite maintenir son projet.

<sup>105</sup> Il arrive aussi, d'après les déclarations de collaborateurs des PCOA, que certains services d'aide refusent d'accueillir ce type de public en raison de leur surcharge de travail mais aussi par confort thérapeutique.

*permission de sortie à lieu à telle date – qu'ils viennent nous rencontrer. Ils sont venus au rendez-vous, on doit refaire un courrier qu'ils sont bien venus, on doit donner un accord de principe pour un congé pénitentiaire qu'ils doivent donner. Peut-être 3 mois plus tard, il faut refaire un courrier en disant 'on est d'accord pour le principe de congé', il obtient son congé à la date du 7 juillet, on refait un courrier 'on est d'accord on a une place pour le 7 juillet', il est venu en congé le 7, on refait un courrier 'il est bien venu le 7' et donc cette lourdeur... éventuellement le gars il n'obtient pas ses congés au moment où il le souhaitait, il refait une demande 6 mois plus tard et nous on dit 'on t'a déjà répondu il y a 6 mois qu'on était d'accord, oui mais votre lettre n'est plus valable, elle doit être datée de moins de 3 mois' et donc on doit refaire un courrier. Et donc cette lourdeur de courrier en permanence c'est vraiment... pour nous c'est un gros problème, on n'arrête pas". (responsable d'une maison d'accueil)*

D'autres services refusent tout simplement de délivrer des attestations avant la prise en charge effective de la personne.

Au-delà des différentes raisons qui peuvent expliquer que les PCOA orientent moins vers certains services (disposition à travailler avec une population judiciarisée, conditions d'admission/d'exclusion, rigidité et complexité de la procédure d'admission, etc.), il faut aussi indiquer que cela peut être dû à l'ancrage institutionnel des services dont certains interviennent en prison et travaillent depuis longtemps en réseau avec le tissu social et les structures spécialisées de leur région. C'est, par exemple, le cas dans le Hainaut occidental, où les PCOA orientent peu de personnes vers les services actifs dans cette région (Le Phare à Mouscron, Citadelle à Tournai, Repères à Lessines et CAAT à Péruwelz) car les personnes s'adressent directement à eux. Selon une personne travaillant au sein d'un de ces services, les PCOA n'orienteraient dès lors vers leurs structures que des personnes incarcérées à la prison de Tournai, de Leuze-en-Hainaut, voire de Mons qui ne sont pas originaires de la région et/ou qui ne les connaissent pas.

Une part du travail administratif réalisé par les PCOA concerne aussi la remise en ordre administrative des personnes (mutuelle, documents d'identité, contact avec le CPAS, etc.) ainsi que les démarches auprès des avocats (copie des attestations et des courriers) et de la famille. Ces deux acteurs constituent des ressources précieuses pour les PCOA pour leur travail d'orientation. L'avocat contribue au travail de sensibilisation des acteurs judiciaires en relayant, par exemple, le travail réalisé par les PCOA lorsqu'il négocie la remise en liberté de leur client. La famille peut quant à elle être directement impliquée dans le travail d'orientation, comme l'évoque ce travailleur du Prisme:

*"On rencontre beaucoup d'usagers qui ont des difficultés au niveau du lien avec leurs proches et on a estimé que ces liens qui sont mis à mal par les années de consommation, de délit, ce sont des obstacles à la réinsertion et que, parfois, mettre en place des suivis, des accompagnements, des assistants sociaux, sans venir impliquer la famille et bien il manque clairement une partie de l'entourage de la personne. [...] Quand ils ont des liens qui peuvent être maintenus ou re-sollicités, moi je trouve qu'on doit pouvoir travailler avec cette dimension-là également". (travailleur du Prisme)*

L'initiation de ce travail avec la famille est discutée en amont avec la personne détenue mais nécessite aussi un important travail d'information auprès des directions et SPS pour démontrer la plus-value de cette approche novatrice pour le plan de reclassement.

Enfin, un dernier aspect du travail administratif mené par le personnel des PCOA concerne la gestion du travail quotidien et sa valorisation. Une fiche signalétique individuelle (papier et/ou informatisée) est complétée à l'ouverture du dossier sur base des déclarations de la personne, les PCOA n'ont pas accès au dossier de détention, ni à la fiche d'écrou. Parmi les informations encodées, certaines sont

imposées par le cahier des charges (situation judiciaire, données socio-biographiques, produit et modalités de consommation) tandis que d'autres sont enregistrées pour leur utilité dans le travail quotidien (situation sociale, familiale et professionnelle, demande d'orientation, provenance de l'orientation, ouverture/clôture du dossier, etc.). Les informations informatisées servent entre autres à la rédaction des rapports trimestriels remis au coordinateur de la politique drogue et du rapport annuel d'activités ainsi qu'à l'élaboration de statistiques internes.

### **4.3.1.2. Collaborations professionnelles et relations interpersonnelles**

A l'exception des services d'aide et du personnel pénitentiaire qui collaborent régulièrement avec les PCOA, la dénomination du dispositif est généralement peu signifiante pour les autres personnes rencontrées dans le cadre des entretiens, elle ne leur évoque pas grand-chose comme en témoigne, par exemple, les propos d'un psychologue d'un service d'aide ambulatoire : *"comme nom c'est très long [...] Non, moi ça ne me parle pas vraiment, ça ne me parle pas beaucoup"*. Le dispositif leur est par contre davantage connu sous l'appellation du service qui l'incarne : Step by Step ou le Prisme.

#### **4.3.1.2.1. Le réseau de soins**

Le personnel des PCOA rappelle que la bonne collaboration avec le réseau de soins est primordiale pour l'accomplissement de leurs missions. Celui-ci recouvre des services ambulatoires, des centres de cure et de postcure, des centres de jour, des centres d'accueil de bas-seuil ainsi que des médecins spécialisés dans la prise en charge d'usagers de drogue mais également des structures généralistes tels que des hôpitaux et des maisons d'accueil. Au-delà de la formalisation des procédures de collaboration et de leur évaluation lors des réunions interservices, un responsable d'un service de postcure indique que *"l'interpersonnel fait énormément"* notamment dans la singularisation des relations de travail entre les collaborateurs des différents services.

Selon les propos des différents travailleurs des PCOA, la collaboration avec le réseau de soins est globalement bonne et leur mission est connue de celui-ci, particulièrement auprès des services spécialisés. Le fait que Step by Step et le Prisme aient respectivement rejoint les Fédito wallonne et bruxelloise fut, selon un travailleur, un adjuvant. Excepté l'un ou l'autre service vers lesquels Step by Step oriente peu, les entretiens réalisés auprès des personnes travaillant pour les services d'aide indiquent qu'ils connaissent en effet parfaitement ses missions et finalités. Même lorsque la collaboration est minimale, les personnes interviewées se déclarent très satisfaites de la nature des relations. A Bruxelles, il ressort des entretiens que la concurrence entre services est davantage de mise même si les travailleurs des services d'aide que nous avons rencontrés disent avoir de bonnes relations avec les travailleurs du PCOA et qu'il y a suffisamment de travail pour tous. Le personnel du Prisme souhaiterait néanmoins que la perception de certains services à leur égard changent car ils ont beau rappeler qu'ils ne proposent pas de prise en charge médicale, psychologique ni sociale mais bien un *"accompagnement à l'orientation"* (voir *supra*), les représentations selon lesquelles ils font *"la même chose"* demeurent.

L'analyse des entretiens permet d'identifier trois éléments susceptibles d'y apporter un éclairage.

Tout d'abord, le lien institutionnel entre le Prisme et l'Ambulatoire-Forest n'est pas toujours bien perçu par certaines personnes du secteur d'aide bruxellois. Celles-ci estiment que cela pourrait s'apparenter à de la *"concurrence déloyale"* au sens où le Prisme aurait *"plus de facilités à proposer l'Ambu que d'autres"*. Un des travailleurs du Prisme comprend que *"trop de proximité pourrait faire penser aux autres qu'il y a une exclusivité [...], ce n'est pas le cas"*, affirme-t-il. Un autre travailleur souligne pourtant que la proximité géographique et la formalisation des procédures de travail avec l'Ambulatoire-Forest facilitent grandement la collaboration et, *a fortiori*, les orientations vers celui-ci.

Un second élément réside dans la dissonance entre le positionnement institutionnel du Prisme et la vision du secteur qui soulève des interrogations dans le chef de certains. Ainsi, un travailleur d'un

service d'aide bruxellois regrette que la direction du Prisme continue sur certains points bien précis, à se mettre en porte à faux avec le secteur:

*“C’est bien d’avoir un avis, c’est peut-être bien aussi de se questionner si cet avis n’est pas l’avis partagé. On se rejoint sur pleins de choses, pas du tout sur l’une ou l’autre. Mais ‘l’une ou l’autre’ sont, je trouve, les plus nécessaires”. (travailleur d’un service d’aide bruxellois)*

Un troisième élément peu également avoir une dimension heuristique, il s’agit de l’ambiguïté identitaire des PCOA. Pourtant assimilés à un SSP, ils sont tantôt perçus par le personnel pénitentiaire comme un service social venant en aide aux personnes détenues par rapport auquel certains peuvent exprimer de la défiance, tantôt ils sont flanqués de l’étiquette ‘Justice’ qui peut effaroucher certains services d’aide. Comme l’explique un travailleur du Prisme :

*“Par le pénitentiaire, on est vu comme des sociaux ... et par les sociaux du soin, on est perçu plutôt comme étant quand même dépendant de la Justice, donc ... un peu regardé du coin de l’œil. [...] On sait bien qu’on n’est pas non plus complètement comme les autres, dans le sens où on n’est pas financé par les Communautés, par le SPF Santé. On est quand même financé par la Justice donc on a un côté ‘Justice’... et ça les gens le savent.” (travailleur du Prisme)*

### 4.3.1.2.2. Les acteurs de la Justice

Cette double position identitaire affecte également les travailleurs de Step by Step que l’un d’entre eux qualifie, à juste titre, de “schizophrénique”. D’après son propos, celle-ci est particulièrement difficile à tenir dans la collaboration avec le SPF Justice. A cet égard, il déclare: *“c’est notre pouvoir subsidiant qui nous pose le plus de difficultés dans notre travail au quotidien”* car celui-ci ne faciliterait, selon lui, *“absolument en aucun cas les contacts avec ses acteurs internes”*. Un travailleur du Prisme abonde dans ce sens lorsqu’il exprime son souhait d’obtenir plus de considération de la part de la Justice envers leur travail. Face aux difficultés qui émaillent leur quotidien (temps d’attente, conditions d’entretien, etc.), il souhaiterait être mieux accepté ou, parfois, être tout simplement accepté par le personnel pénitentiaire: *“c’est quand même dingue, dit-il, [...] de ne pas pouvoir bosser dans la prison alors que c’est la prison qui nous paie, il y a une forme de paradoxe”*.

La qualité de la collaboration varie dès lors d’un établissement à l’autre, laquelle est en outre affectée par l’important turn-over du personnel pénitentiaire qui oblige les PCOA à réactualiser, voire recommencer inlassablement leur travail de sensibilisation et d’information. Toutefois, sans avoir pour autant une connaissance détaillée de leurs missions, les personnes de l’administration pénitentiaire que nous avons rencontrées dans le cadre des entretiens (directions, SPS et SSP, DGD) sont relativement au fait du travail mené par les PCOA alors qu’elles déclarent ne pas avoir spécialement beaucoup de contacts au quotidien avec son personnel au sein de leur établissement, ni avoir été informées, dans le cas par exemple de l’attaché de la DGD, de la mise en place des PCOA et des missions qui sont les siennes. Ces personnes expliquent ne pas s’immiscer dans le travail des PCOA et que la collaboration se déroule dans le respect des règles de fonctionnement de chacun. Elles qualifient la collaboration de positive bien qu’elle reste, pour la majorité d’entre elles, minimale; ce que certaines attribuent entre autres à l’indépendance et au secret professionnel qui caractérisent l’activité des PCOA. Le retour de leur intervention dans un dossier étant le plus souvent assuré par la personne détenue elle-même. Selon le personnel des PCOA, la qualité de la collaboration avec les services internes a des répercussions sur la communication d’informations (relatives, par exemple, au déroulement d’une modalité d’exécution de peine, à la situation légale,

etc.)<sup>106</sup>, voire sur leurs conditions de travail (temps d'attente, mise à disposition d'un local, etc.) comme l'illustrent les déclarations d'un travailleur d'un PCOA:

*“Les deux établissements où j’ai des contacts, j’ai un bureau. Les deux autres établissements où je n’ai pas de contact, je suis en parloir avocat. Maintenant, ça ne gêne pas mon travail mais c’est vrai que quand on a des contacts ça le facilite. Parfois, c’est plus rapide. Si j’ai un bureau, j’ai un téléphone donc je sais faire les démarches directement depuis la prison, j’ai une possibilité de fax aussi dans un établissement. Donc si je sonne à un service qui me dit qu’elle m’envoie un fax tout de suite ben je sais aller le chercher et le donner à la personne donc ça réduit quand même, parfois, dans certaines situations, les délais au niveau des démarches plus administratives [...]. Maintenant le travail est toujours, je pense, possible même s’il n’y a pas de contact, je veux dire, on arrive à mener à bien notre travail.”* (travailleur d’un PCOA)

Tout dépend bien entendu des facilités que chaque établissement peut offrir, *“ils ne peuvent pas non plus inventer des ressources qu’ils n’ont pas”* rappelle un autre travailleur.

De plus, les directions n’ont pas toutes la même politique en matière d’assuétudes. Si pour aucune d’entre elles, il ne semble s’agir d’une véritable priorité, certaines sont plus favorables que d’autres à la présence des PCOA ne fut ce qu’en reconnaissant sa capacité à décharger le SPS d’une matière que celui-ci ne maîtrise généralement pas ou alors peu. Un travailleur de Step by Step explique qu’ils ont, par rapport à leurs propositions d’orientation:

*“Très peu de retours, parfois un peu plus des directions mais des membres du SPS, très rares, très rarement. [...] Je pense qu’ils font confiance en règle générale. Et s’il y a un obstacle, c’est toujours un obstacle sécuritaire.”* (travailleur de Step by Step)

Plutôt que pour des raisons médico-psychosociales. Le personnel des SPS que nous avons rencontré admet orienter au cas par cas les (anciens) usagers de drogue incarcérés vers les PCOA qu’il estime plus compétents en matière d’assuétudes. Ils leur font ordinairement confiance dans leur proposition d’orientation même si l’un d’entre eux se souvenait d’une situation où le SPS avait un avis divergent de celui du PCOA par rapport à l’orientation proposée dans un dossier. De manière générale, les services internes (SPS et SSP) se déclarent favorables à avoir davantage de réunions avec les PCOA afin d’améliorer la coordination de leur intervention respective.

Au niveau des acteurs judiciaires, cela a déjà été évoqué, les magistrats (juge d’instruction, juge du TAP) ne collaborent pas directement avec les PCOA. Leur connaissance des activités des PCOA provient des avocats ou de ce qui figure dans le dossier. Cependant, les deux avocats interviewés déclarent avoir relativement peu de contacts au quotidien avec les PCOA. Si l’un d’eux identifie le PCOA comme étant un service de première ligne qui oriente les détenus toxicodépendants vers une prise en charge la plus adéquate possible; l’autre, à l’instar des magistrats que nous avons rencontrés, ne perçoit pas clairement ce qui caractérise le mandat des PCOA, ni ce qui les distingue spécifiquement des autres services externes intervenant en prison. Cela peut notamment s’expliquer par le fait qu’aucun d’entre eux n’a le souvenir d’avoir été à un moment donné informés de la mise en place des PCOA, ni de la nature de leurs missions. Les PCOA sont parfois assimilés aux services d’aide aux détenus (SAD) et leur rôle reste flou comme cela ressort, par exemple, des déclarations de ce juge du TAP:

---

<sup>106</sup> Un travailleur de Step by Step déclare, par exemple, « de manière générale je remarque que là où on a des contacts avec le SPS ou la direction, j’ai beaucoup plus de demandes que là où je n’ai pas de contacts ».



*“Leur intervention n’est pas suffisamment claire dans les dossiers. Ce n’est pas dit suffisamment clairement que c’est dû à l’intervention de Step by Step que c’est orienté de tel façon. Moi je l’ai toujours perçu de façon anecdotique. [...] on a affaire à tellement de services comme le SAD qui s’appelle différemment dans chaque prison que pour finir, nous sommes noyés dans les informations et on ne peut pas clairement identifier quand l’orientation vient de Step by Step ou pas.”* (juge du TAP)

Un extrait qui soulève également la question de l’articulation du travail du PCOA avec celui du SAD, comment s’organisent-ils pratiquement entre eux ?

Les acteurs ‘Justice’ rencontrés (directeurs, SPS, SSP, juge d’instruction, magistrats du TAP, attaché de la DGD et avocats), soulignent l’utilité et la plus-value du dispositif (voir *infra*) mais estiment de manière générale que les PCOA manquent encore de visibilité et qu’ils pourraient se faire davantage connaître.

Pour ces acteurs, à l’exception peut-être du médecin du SSP, les PCOA constituent une fenêtre ouverte sur une problématique ainsi qu’un secteur (celui des soins) qu’ils méconnaissent. Or, *a priori*, rien ne semble organisé au niveau de la DGEPI pour promouvoir et diffuser l’expertise et le savoir-faire des PCOA alors que ceux-ci pourraient s’avérer particulièrement utiles pour améliorer les conditions des (anciens) usagers de drogue incarcérés mais aussi, plus largement, pour contribuer au développement de nouvelles initiatives au sein des prisons dans le domaine des assuétudes. Alors qu’ils ont développé une approche professionnelle et individualisée de la problématique des assuétudes en prison, celle-ci n’est ni capitalisée, ni valorisée<sup>107</sup>. A l’exception des rapports d’activités trimestriels et annuels remis au coordinateur de la politique drogue qui en assure le relais auprès de sa hiérarchie<sup>108</sup>, il n’existe semble-t-il aucune diffusion systématique et régulière de cette expertise au sein du SPF Justice et de l’Ordre judiciaire.

#### **4.3.1.3. Un public spécifique mais hétérogène (dans ses besoins/ses expériences)**

La détention et l’usage (bien souvent multiple) de produits au cours de leur vie sont deux caractéristiques communes aux personnes orientées par les PCOA. La majorité d’entre elles sont également concernées par une importante souffrance psychique, une santé fortement détériorée et une sérieuse précarité socio-économique (absence de logement et de revenus, faible niveau d’éducation et de formation, désinsertion sociale, solitude, etc.). De plus, il ressort des entretiens qu’un certain nombre d’entre eux présentent un certain “apragmatisme”, c’est-à-dire qu’ils ne savent pas comment faire les choses et ont besoin “d’être encadrés, soutenus, accompagnés dans les démarches”. Toutefois, le personnel des PCOA ne considère pas qu’il y ait un profil type à proprement parler dans la mesure où chaque personne rencontrée a une histoire, une situation et une personnalité différente, desquelles va émerger une demande qui nécessitera un travail d’information et d’orientation singulier. Il s’agit donc d’un public spécifique, à savoir des (anciens) usagers de drogues incarcérés, mais hétérogène au regard de la singularité de leur expérience de la vie et de leurs besoins respectifs.

Deux éléments, l’un social, l’autre psychologique, sont particulièrement mis en avant par le personnel des PCOA en raison de leur impact sur leur quotidien professionnel: la présence croissante de personnes dépourvues de logement (dont une portion non négligeable de personnes sans titre de séjour) et de celles présentant des troubles mentaux. L’un n’excluant pas l’autre. Lorsqu’elles sont présentes, ces dimensions complexifient davantage leur travail en raison de la difficulté d’orienter

<sup>107</sup> A titre d’illustration, les PCOA sont à peine évoqués depuis leur création dans les rapports d’activités annuels du SPF Justice (2012, 28) et de la Direction générale des établissements pénitentiaires (2012, 16 ; 2013, 28).

<sup>108</sup> Le coordinateur de la politique drogue est aujourd’hui limité dans son action car il exerce cette fonction en complément de celle de directeur de prison.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

des personnes avec un double diagnostic et/ou nécessitant la résolution de nombreuses démarches socio-administratives préalables.

Les personnes orientées par les PCOA sont généralement des personnes en détention préventive et des personnes condamnées. Les PCOA bruxellois et wallon interviennent à tout moment de la détention mais comme l'explique un avocat, la condamnation:

*“Reporte à très loin la possibilité d’une sortie et donc d’un accompagnement parce qu’en détention l’accompagnement est quand même somme toute limité [...]. Et dès qu’on a un toxicomane qui est condamné en récidive à une peine depuis 3 ans, d’office il sait qu’il va devoir en faire les 2/3 donc il rentre dans cette logique là et tout ce qu’il avait pu commencer c’est suspendu”. (avocat)*

C'est pourquoi les personnes condamnées avec lesquelles les PCOA travaillent sont le plus souvent admissibles aux modalités d'exécution de la peine ou à une forme de libération anticipée. Selon un directeur de prison et un attaché de la DGD, il s'agirait en outre de personnes qui se trouvent dans des situations d'échec répétées par rapport aux suivis et prises en charge qu'elles ont pu entreprendre auparavant.

Bien que certains (anciens) usagers de drogue incarcérés n'aient pas toujours une demande claire, ni d'attentes particulières par rapport au PCOA lorsqu'ils prennent contact avec lui, la plupart des personnes interviewées (en ce compris les personnes détenues) s'accordent pour dire que, de manière générale, la principale attente à l'égard du PCOA c'est qu'on les aide à sortir de prison et/ou à agir par rapport à leur consommation. Il s'agit d'une demande de solution par rapport à une situation problématique qui est adressée au PCOA en vue d'être relayée vers l'extérieur. Une solution qui, par rapport à la question de la consommation, ne correspondra pas nécessairement à l'abstinence ou à l'arrêt du traitement de substitution mais qui consistera, par exemple, à parvenir à une meilleure gestion de sa consommation ou à réduire les risques liés à celle-ci grâce à :

*“Une écoute et une orientation adéquate vers une prise en charge qui cette fois pourrait être la ‘bonne’ parce que bien souvent ils avaient déjà essayé certaines choses qui n’avaient pas fonctionné.” (directeur de prison)*

Selon un psychologue d'un SPS, il serait davantage possible de mener un travail de fond avec les condamnés qu'avec les personnes en détention préventive qui sont “très souvent prêtes à accepter tout, toutes les conditions pour être libérées”. Il ajoute que cela ne signifie pas pour autant “qu’après il n’y a pas d’accrochage avec le service vers lequel ils ont été orientés” mais qu’il ne faut pas “se voiler la face, il y aussi des demandes particulièrement utilitaires”, lesquelles naissent le plus souvent des exigences imposées par la Justice lorsqu’il s’agit d’envisager une libération. Pour le personnel des PCOA, la dimension ‘utilitaire’ n’est pour eux pas en soi un problème, elle serait même légitime. Le travail serait par contre plus facile à organiser avec les personnes condamnées en raison de la connaissance de la date de fin de peine et des possibilités de bénéficier de modalités d'exécution de la peine contrairement aux personnes en détention préventive où ils doivent toujours travailler dans l'urgence. Un avocat déclare que “l'instrumentalisation peut arriver à plusieurs stades”, y compris avec les condamnés admissibles à une modalité d'exécution de la peine ou une libération conditionnelle mais, pour lui, “il n’y a pas que ça du tout [...], à un certain moment ils [les personnes détenues] y croient aussi, ils ont envie d’y croire mais [...] ce n’est pas du tout facile”. Un travailleur d'un service ambulatoire souligne qu'il faut quand même que la personne ait une volonté réelle de s'en sortir et qu'elle ait les moyens psychiques pour pouvoir donner des bases solides à son projet car “imaginer un projet de vie alors qu’aujourd’hui ou demain on ne sait pas où on va aller loger”. C'est pourquoi il y a “un travail de préparation important et un travail motivationnel important aussi à faire”, ajoute un responsable d'un service de postcure. Il s'agit “d'offrir à la

personne suffisamment de clairvoyance que pour pouvoir faire le bon choix” et c’est précisément ce que, selon lui, le PCOA fait.

Enfin, il arrive aussi que certaines personnes détenues sollicitent le PCOA pour tout autre chose, “non pas pour le plaisir mais par nécessité”, explique l’une d’elles. Face à l’indisponibilité des autres services (service d’aide aux détenus, assistant social, psychologue, etc.) et compte tenu du peu de ressources dont elles disposent, le PCOA demeure pour ces personnes l’ultime recours pour maintenir un lien avec l’extérieur (p.ex. passer un coup de fil à son avocat ou un proche lorsqu’on a plus de crédit, obtenir un timbre, se renseigner à propos de certaines démarches socio-administratives, etc.) ou simplement pour parler à quelqu’un. Un travailleur de Step by Step déclare en ce sens que parfois :

*“Certaines personnes, ont plus besoin d’une écoute qu’une adresse. On palie un peu au manque de services qui interviennent au sein de la prison [...], ce qui n’est pas dans notre mission spécialement mais ça fait partie de notre travail et je trouve que c’est important aussi.”* (travailleur de Step by Step)

Les personnes détenues que nous avons rencontrées sont de manière générale extrêmement satisfaites de la prestation des PCOA que ce soit au niveau du résultat de leur intervention (orientations, renseignements, démarches socio-administratives) ou de l’adéquation de celle-ci par rapport à leur demande initiale et à leurs souhaits. Si le PCOA est généralement perçu comme un service d’aide aux usagers de drogues susceptible de les informer sur l’offre de services disponible et leur en faciliter l’accès, il constitue aussi pour certains l’un des rares services en prison, voire le seul, qui soit en mesure de les aider concrètement dans leurs démarches ou de débloquer certaines situations. La plupart souligne la disponibilité, l’investissement et l’expertise du personnel comme la rapidité avec laquelle leur demande a été traitée comparativement aux délais d’attente particulièrement longs auxquels ils sont généralement confrontés en prison<sup>109</sup>. Leur réactivité permet non seulement de débloquer certaines situations en apportant une aide réelle et concrète mais elle peut aussi, grâce à la pertinence et l’adéquation des orientations proposées, avoir un impact sur la population carcérale en cas de libération.

Cinq personnes ont déclaré s’être réellement senties écoutées et en confiance grâce à la confidentialité qui encadre les échanges et la clarté des explications. Deux personnes ont toutefois formulé des critiques. La première personne regrettait que l’intervenant, engagé depuis peu, ne connaisse pas davantage l’offre de services disponible dans une autre région du pays que celle où il intervenait tandis que la seconde se plaignait que l’intervenant ne soit présent qu’une semaine sur deux dans l’établissement car il avait besoin d’être soutenu dans sa motivation et d’un suivi assidu. Ces critiques nous semblent en fait davantage imputables au renouvellement de l’équipe et à la localisation géographique de l’établissement pénitentiaire qu’à l’intervenant lui-même ou au fonctionnement du PCOA en tant que tel.

Une autre personne a aussi exprimé son inquiétude quant au fait que lorsqu’elle introduit une demande, elle n’est pas sûre que le PCOA l’a bien reçue, elle reste dans l’incertitude jusqu’au moment où l’intervenant la fait appeler pour l’entretien. Bien qu’aucune de ses demandes ne soit restée sans suite jusqu’ici, cela la rassurerait d’avoir un accusé de réception.

---

<sup>109</sup> Leur disponibilité et leur réactivité sont d’autant plus appréciées des personnes qui font appel à leurs services que l’immédiateté est bien souvent au cœur de la problématique de consommation.

#### 4.3.1.4. Equivalence et continuité de soins vs Disparité et discontinuité de soins

Plusieurs études ont montré que la dispense de soins adaptés aux usagers de drogue incarcérés, grâce notamment à des programmes spécifiques, contribue à réduire la récidive et *a fortiori* le nombre de personnes qui reviennent en prison (Holloway et al., 2005; Paylor et Harman, 2005). Malheureusement, peu de personnes détenues ont la possibilité de poursuivre un traitement adapté à leur problématique après leur libération (Winterfield et Castro, 2005). En Belgique, il est par ailleurs tout aussi difficile pour une personne dépendante de continuer le traitement dont elle bénéficiait à l'extérieur lorsqu'elle entre en prison comme le rapporte un médecin du SSP d'un établissement pénitentiaire<sup>110</sup>: "pour les personnes qui ont parfois un traitement de substitution, c'est compliqué de l'extérieur vers l'intérieur, et encore ça va mieux". Par exemple, à la prison de Forest, le dosage du traitement de substitution qui était celui de la personne avant son incarcération est maintenu, lequel est préalablement officialisé par le médecin prescripteur. Si la personne le souhaite, elle peut diminuer mais rien n'est imposé contrairement à d'autres établissements, par exemple à St Gilles ou à Nivelles, où une diminution de 5mg par semaine est imposée.

Certaines personnes sont contre cette diminution et la subissent. Lorsqu'elles sortent, elles reprennent le dosage qui prévalait avant leur incarcération d'où leur exposition au risque d'overdose car leur foie s'est déjà déshabitué à devoir métaboliser une telle dose. Ces surdosages, lesquels peuvent aussi concerner des sevrages volontaires, sont bien souvent liés au fait que l'information n'a pas suffisamment circulé entre l'intramuros et le réseau de soin. Le prescripteur n'est pas au courant de la trajectoire de la personne durant les derniers mois. Il se base donc sur son dossier et ses déclarations pour lui prescrire le dosage qui était le sien à l'époque pensant qu'elle est toujours active dans la consommation. Depuis 2012, dans les prisons bruxelloises (Forest, Berkendael et Saint-Gilles), l'exigence est de donner 72h de traitement à toute personne consentante au moment de sa libération afin qu'elle ait le temps de se retourner vers le réseau de soins. Les informations médicales relatives à son traitement sont communiquées au greffe et conservées dans son dossier afin de pouvoir être consultées à la libération. Le personnel de la prison tente – pour autant que la personne ait été incarcérée un certain temps – d'informer avant la libération le médecin ou le service qui éventuellement le suivait à l'extérieur de sa situation et de son traitement actuel. Cela n'est possible que si la date de libération est connue, ce qui n'est pas forcément évident lorsque le mandat d'arrêt est levé brusquement ou que la personne est rapidement placée en interruption de peine ou libérée provisoirement. Actuellement, ce dispositif n'a pas encore été étendu à l'ensemble du pays.

Au même titre que n'importe quel autre patient, assurer aux (anciens) usagers de drogue la continuité des soins de santé entre l'extérieur et l'intérieur de la prison mais aussi depuis celle-ci vers la communauté s'avère essentiel pour garantir le succès du traitement (MacDonald, Williams & Kane, 2013). Cependant, la littérature fait état de multiples obstacles (conceptuels, méthodologiques, pratiques, relationnels, etc.), l'incarcération en premier lieu (Woodall, 2012), qui entravent ou complexifient la réalisation de cette exigence fondamentale (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013).

---

<sup>110</sup> Pour un point de vue sur la santé en prison, voir le rapport de l'Association des visiteurs francophones de prisons (2015). Conformément à l'accord de gouvernement du 9 octobre 2014, la Justice et la Santé réfléchissent actuellement à l'organisation d'« une meilleure collaboration entre la Justice et la Santé publique concernant les internés et les détenus » notamment par rapport aux possibilités « d'augmenter l'implication de la Santé dans l'organisation et le financement des soins de santé en prison ». Voir à ce propos les réponses du gouvernement belge au rapport du Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) relatif à sa visite effectuée en Belgique du 24 septembre au 4 octobre 2013, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 31 mars 2016, 20 (<http://www.cpt.coe.int/documents/bel/2016-14-inf-fra.pdf>, consulté le 31 mars 2016).

Dans ce contexte, (i) quelle est la plus-value des PCOA? ; (ii) quelles contraintes spécifiques entravent leurs activités, voire le développement optimal de ce type de dispositif? ; et (iii) quelles sont les perceptions quant aux objectifs poursuivis par le traitement des (anciens) usagers de drogue incarcérés ainsi qu'à l'égard de leur fonctionnement après le renvoi par les PCOA?

### 4.3.1.4.1. La plus-value des PCOA

La première chose à souligner, c'est la présence du dispositif dans toutes les prisons du pays malgré des effectifs limités. Cette présence offre la possibilité à tout (ancien) usager de drogue incarcéré de solliciter un PCOA en vue d'agir par rapport à sa consommation (comme la garantie de trouver un dispositif équivalent en cas de transfert). Au-delà de cette équivalence d'offre de services, la présence des PCOA pallie à la saturation des services internes ainsi qu'à la raréfaction, voire à l'absence de services externes en prison.

Deux personnes qui travaillent pour des services externes intervenant en prison ont fait part du soulagement ressenti à l'arrivée des PCOA. Celle-ci fut vécue comme une véritable 'bouffée d'oxygène' compte tenu des difficultés (lourdeur administrative, temps d'attente, instrumentalisation, etc.) auxquelles ils étaient exposés en exerçant (hors mandat et sans subside) ce travail d'orientation intramuros à défaut de services spécialisés 'assuétudes en milieu carcéral'. La mise en place des PCOA a permis à ces services de réorganiser l'allocation de leurs ressources<sup>111</sup> tout en les rassurant par rapport au fait que toutes les demandes intramuros recevraient une réponse et une écoute.

A défaut de plan de détention individuel et compte tenu de la réorientation des missions des SPS, les PCOA incarnent cette philosophie de la loi de principes en proposant aux (anciens) usagers de drogue incarcérés une approche humaine et professionnelle de leurs problématiques individuelles en vue de leur réinsertion. Forts de leur expertise du milieu carcéral et des assuétudes, les PCOA réalisent, à travers l'examen de la demande, un état de lieux des besoins de la personne qui leur permet ensuite de délivrer une information appropriée et de proposer une trajectoire singulière de soins. Leur intervention confère au projet de reclassement un gage de sérieux et de professionnalisme aux yeux du personnel de l'administration pénitentiaire comme en témoigne, par exemple, les déclarations d'un attaché de la DGD sur base des dossiers qu'il traite:

*"J'ai l'impression qu'ils arrivent vraiment à cerner ce qu'il faut pour la personne et donc souvent ça tranche avec ce qui était proposé avant ou avec l'idée que se fait la personne des dispositifs et même dans les services qui sont proposés [...]. Moi, j'ai l'impression en tout cas que quand Step by Step intervient, c'est beaucoup plus réfléchi. Sinon j'ai un peu l'impression que le détenu propose ça pour avoir sa modalité sans qu'il y ait une réflexion derrière. [...] J'ai l'impression qu'ils ont une bonne connaissance de l'offre d'accompagnement qui peut être proposée aux personnes toxicodépendantes. J'ai l'impression, comme je disais, qu'il y a une certaine impartialité par rapport à ces différents services, ils ne vont peut-être pas favoriser l'un ou l'autre mais vraiment viser l'intérêt de la personne détenue donc ça c'est vraiment un point plus éthique et, [...] une expertise clinique, je vais dire, parce que apparemment ils arrivent à cerner ce qui peut être approprié à la personne compte tenu de son parcours et de ces difficultés." (attaché de la DGD)*

---

<sup>111</sup> Un intervenant d'un autre service d'aide que ceux auxquels appartiennent les deux interlocuteurs, craignait que les PCOA soient davantage confrontés à l'avenir à une décroissance de l'offre de services disponible en raison de la réduction ou de la non reconduction des financements auxquelles de plus en plus de services spécialisés doivent faire face, ne leur permettant plus d'assurer de nouvelles prises en charge. Il y a déjà une difficulté de renouveler les médecins qui acceptent d'intervenir en prison, voire même de travailler dans certains réseaux locaux avec une population d'usagers de drogue ayant un passé judiciaire.

Au-delà du bénéfice que cela constitue pour la personne, la pertinence et l'adéquation des orientations proposées peuvent aussi avoir un impact sur la population carcérale en cas d'octroi de modalités d'exécution de la peine ou d'une forme de libération anticipée.

Pour pouvoir sortir, certaines personnes sont parfois prêtes à accepter tout et n'importe quoi sans que cela leur convienne fondamentalement. Ainsi, certains subissent davantage qu'ils n'adhèrent à l'injonction du magistrat pour lequel un problème de dépendance à un produit doit nécessairement se résoudre au travers d'une cure de désintoxication. D'autres prennent contact tout azimut pour trouver un service qui veuille bien leur délivrer une attestation de rendez-vous, voire de prise en charge. Si la personne correspond à l'offre du service, elle peut se retrouver d'emblée prise dans un suivi sans qu'il n'y ait eu nécessairement au préalable une analyse approfondie de sa demande comme l'explique cet intervenant d'un service d'aide à propos du fonctionnement de son service avant l'arrivée des PCOA:

*“Quand c'était une demande provenant d'une maison de peine et que la personne était déjà en mesure d'avoir des congés et sorties, on lui faisait une attestation comme quoi [...]: ‘quand vous aurez droit à des permissions de sortie, prenez rendez-vous, on vous renverra une attestation et on vous en remettra ensuite une comme quoi vous êtes bien venu’. Ce n'était pas la majorité, mais ça arrivait régulièrement qu'on soit instrumentalisé parce que finalement tout ce que voulait la personne c'était sortir et alors ça conduisait, soit à une non réintégration, soit à ce qu'elle ne vienne pas au rendez-vous et qu'elle retourne à la prison avec du produit.”* (travailleur d'un service d'aide)

Selon un travailleur d'un PCOA, la plus-value du dispositif, réside dans cette tentative de “définir avec la personne un projet qui soit le plus proche de ses besoins” et qui ait du sens pour elle. Au travers d'une approche holistique de sa situation singulière comme de sa problématique, les ressources (personnelles, familiales, matérielles, etc.) sont mobilisées autant que possible dans la détermination et la consolidation du projet. Il s'agit en quelque sorte de parvenir à orienter ‘la bonne personne au bon endroit’.

Chaque projet est élaboré sur base volontaire en étroite concertation avec la personne concernée. Elle est donc impliquée à toutes les étapes du processus en tant qu'acteur. Cette démarche peut contribuer à changer le regard que la personne porte sur elle-même notamment par rapport à sa capacité à reprendre un contrôle sur sa vie et à œuvrer vers plus d'autonomie. Il s'agit, souligne la littérature (Ferland et al., 2013), d'un élément crucial en vue de maximiser les chances de succès du projet même si le processus pourra être émaillé de rechutes. Cela fait écho aux propos de Benazeth (2015) qui relate la mobilisation par S. Farrall, B. Hunter, G. Sharpe et A. Calverley de la métaphore de “la graine plantée qui n'écloît qu'avec un retardement significatif” pour rendre compte, dans le cadre des trajectoires de sortie de la délinquance, des “processus latents et profonds de changement instillés tant dans les valeurs que dans les modes de gestion réflexive des situations de conflit, d'inconfort, de friction ou de remise en question”. Il cite et traduit le passage suivant: “les idées, techniques et mode de pensées qui concourent à un changement d'attitude et qui rendent possible la désistance sont ‘conservés’ jusqu'au moment donné où il deviendra possible d'y accéder, quand d'autres processus qui soutiennent le changement feront surface”. Les PCOA contribue à alimenter ces processus qui permettront peut-être un jour à cette ‘graine’ de germer et s'épanouir.

Leur indépendance par rapport à l'administration pénitentiaire ainsi que la confidentialité qui entoure les échanges permettent aux travailleurs des PCOA de bénéficier d'un *a priori* favorable de la part des détenus qui, selon les déclarations de ces derniers, perçoivent positivement leur intervention. La relation de confiance, dont quatre d'entre eux ont fait état, contribue au dialogue et au renforcement de leur motivation.

Les PCOA constituent “une aide [...] très précieuse” car ils permettent à une population en grande difficulté de rétablir la connexion “avec le réseau de soin extérieur qui n’est pas toujours perméable en première instance à recevoir des personnes incarcérées ou ayant un passé judiciaire”, explique un médecin d’un SSP. C’est en permettant à ces personnes d’accéder au réseau de soins, malgré l’offre disparate (Bertrand & Clinaz, 2015), qu’envisager une trajectoire de soins devient possible.

De leur côté, quatre personnes du réseau de soins reconnaissent la nécessité d’avoir un service qui puisse facilement accéder aux prisons, voire même au cellulaire comme dans le cas du Prisme, et qui ait cette capacité à faire lien entre l’intérieur et l’extérieur de la prison (comme ‘antenne’ du secteur de soins en prison, ‘passerelle’, etc.). Bien qu’il y ait “encore tout un effort à faire pour développer des canaux de communication qui facilitent le transit de l’information”, estime un médecin d’un SSP, les PCOA sont désormais perçus par pratiquement toutes les personnes rencontrées comme un rouage important dans le processus de circulation de l’information.

Dans les limites du secret professionnel, ils jouent en effet un rôle crucial au niveau de ce processus de communication entre des sphères d’activités fortement cloisonnées entre elles (administration pénitentiaire, Ordre judiciaire, réseaux de soins). Ils assurent le rôle de média (au sens étymologique du terme, c’est-à-dire d’intermédiaire) lorsqu’ils transmettent unilatéralement un message depuis l’intérieur de la prison vers l’extérieur (par exemple, en avertissant un service qu’un détenu cherche à les contacter, en appelant l’avocat pour un détenu qui n’a pas la possibilité de le faire, etc.) ou de l’extérieur vers l’intérieur de la prison (par exemple, en remettant une attestation d’un service au détenu, en informant le détenu sur l’offre de services disponible, en facilitant à un service externe la prise de contact avec une personne d’un service interne). C’est également dans cette position d’intermédiaires qu’on les retrouve lorsqu’ils permettent l’échange multilatéral d’informations en vue de garantir la continuité de soins d’un usager de drogue incarcéré en voie d’être libéré. Ainsi, un détenu explique qu’avec son consentement, Step by Step avait pris contact avec son médecin traitant pour connaître le traitement qu’il lui prescrivait avant son incarcération et ensuite en informer le centre de cure censé le prendre en charge à sa libération. Un autre exemple de ce travail de communication multilatérale provient d’un médecin d’un SSP qui relate l’important investissement du Prisme auprès de la prison et du réseau de soins pour permettre à une personne de s’inscrire à sa libération dans un réseau pour personne sous traitement de substitution malgré qu’elle n’avait pas été substituée en prison, ce qui lui a permis *in fine* d’abandonner la consommation illicite d’héroïne et de méthadone.

Les PCOA participent également au processus de circulation de l’information au sein de la prison (par exemple, en participant au GPDL), dans le réseau de soins (par exemple, en participant aux différents réseaux locaux et supralocaux réunissant différents services externes) ou encore au sein d’une même institution (par exemple, lorsqu’une institution dispose de plusieurs antennes et que celles-ci ne sont pas forcément informées de l’intervention d’un de leurs travailleurs auprès d’une personne détenue).

En tant qu’intermédiaires, les PCOA constituent un maillon-clé dans ce projet d’établir un continuum de soins entre la société et le milieu carcéral pour les (anciens) usagers de drogue incarcérés. Cependant, en amont des problèmes de communication entre des mondes cloisonnés (où la prison est bien souvent perçue comme un monde clos et isolé), il paraît difficile de parler de continuité de soins – malgré les efforts des PCOA pour y remédier, conjugués à ceux de certains services internes (SSP) et services externes (par exemple, Transit) – si, en première instance, les différents acteurs qui se succèdent ne l’envisagent pas comme un continuum.

#### 4.3.1.4.2. Les obstacles rencontrés par les PCOA dans l'accomplissement de leurs missions

Sans reprendre ici l'ensemble des difficultés auxquelles est confronté le personnel des PCOA, il s'agira plutôt de revenir sur les obstacles qui freinent, voire entravent l'accomplissement de leurs trois principales missions : centralisation, information et orientation.

Tout au long des entretiens, la centralisation des demandes d'aide au sein de chaque établissement pénitentiaire n'a jamais été évoquée par le personnel des PCOA, sauf par un travailleur du Prisme. Celui-ci a fait état de l'incapacité de son service à accomplir cette exigence de leur mandat. Cette situation serait notamment due, selon lui, à la non-reconnaissance de cette attribution par les autres services externes actifs dans les établissements où ils interviennent et à l'absence d'injonction de la DGEPI quant à la manière dont la centralisation des demandes doit s'opérer au sein de ces établissements.

La défiance de quelques services d'aide externes à l'égard du Prisme (voir *supra*), couplée à l'ancrage institutionnel de certains acteurs historiques du réseau de soins bruxellois, pourraient avoir une répercussion sur cette mission de centralisation des demandes comme en témoignent les déclarations d'un travailleur d'un service d'aide bruxellois:

*“Pour un même détenu, on va se retrouver confronté à devoir faire un choix entre Cap-iti et le point de contact. Donc, moi, pour ne pas avoir à faire ce choix et être intègre par rapport aux deux services, si la personne ne connaît ni l'un ni l'autre, je vais parler des deux et quelque part ça noie le poisson. Et quand je vais expliquer les choses le détenu va assez vite comprendre que Cap-iti a une offre de services qui est beaucoup plus complète, alors que le point de contact fait une offre de services qui est tout à fait légitime mais qui à un moment donné va s'arrêter dans le temps, il faudra repasser, d'après moi, à Cap-iti donc ... Si la personne d'entrée de jeu me parle de Cap-iti par rapport à un vieux suivi, une vieille prison, n'importe quoi, je lui parle du Cap-iti et je ne parle même pas du point de contact. Parce qu'à ce moment-là toutes les choses vont pouvoir se faire directement avec Cap-iti. D'un point de vue très pragmatique, c'est le seul problème que j'ai avec le point de contact 'Prisme', il est là, il existe. Comme il existe, il est à juste titre relayable [sic] par rapport à toute une série de personnes. Voilà dans quelle mesure moi je le relaye. Mais moi ce que je critiquerais surtout c'est l'apparition du Prisme, qui n'était pas nécessaire. Mais je n'ai aucun problème à faire appel à eux quand la situation le nécessite, sachant que, à un moment donné, il y aura toujours plus vers Cap-iti. Ils sont là depuis plus longtemps, les détenus qu'on rencontre tous sont quand même des gens qui font beaucoup d'aller-retour donc ils connaissent toujours Cap-iti. Maintenant, depuis toutes ces années que le point de contact existe, certains ont déjà fait une peine de prison lors de laquelle ils ont été rencontrés par le Prisme, mais qui les a renvoyés vers Cap-iti. Je veux dire on tourne toujours en rond et on en revient toujours à qui ? À Cap-iti.”* (travailleur d'un service d'aide bruxellois)

La question de la centralisation des demandes se pose en d'autres termes en Wallonie car Step by Step pallie bien souvent à l'absence de services externes en prison au point, dans certains établissements, de constituer le seul service assurant la liaison avec l'extérieur. Cependant, dans les établissements où d'autres services d'aide interviennent, Step by Step ne centralise pas pour autant toutes les demandes car, d'une part, les personnes incarcérées ont leurs “habitudes” au sens où ils contactent les services avec lesquels ils ont déjà travaillé par le passé ; et, d'autre part, il se peut que le PCOA se concertent avec d'autres intervenants pour savoir – en fonction des spécificités de chaque service – comment la demande peut être la plus adéquatement traitée. Les déclarations d'un responsable d'un service d'aide illustre ce second aspect :



## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

*“On ne fait pas de clientélisme, on s’en fou, ce qu’on veut c’est que ce soit vraiment le service le plus adéquat qui prenne en charge la personne. Et de toute façon même s’il faut rencontrer les trois pour avoir un moment donné la juste expertise, c’est pas un problème si effectivement on peut trouver le service adéquat.”* (responsable d’un service d’aide)

Pouvoir informer de manière adéquate l’(ancien) usager de drogue incarcéré sur l’offre de services disponible dans le réseau de soins, présuppose d’avoir connaissance de sa demande et de pouvoir le rencontrer. Des doutes subsistent quant au fait que les personnes détenues soient réellement informées de l’existence des PCOA et que les demandes soient effectivement acheminées jusqu’à eux. L’accès systématique au cellulaire et davantage de coordination avec le SSP permettraient certainement au PCOA de toucher un plus grand nombre de personnes relevant de leur public cible. Actuellement, les PCOA n’ont pas un accès direct aux personnes détenues dans tous les établissements. Bon nombre d’entretiens se déroulent en parloir avocat et l’appel des personnes est tributaire de la bonne volonté des agents pénitentiaires comme des mouvements au sein (préau, visites, etc.) et en dehors de la prison (transfert, audience devant la chambre du conseil, etc.), lesquels peuvent impliquer des temps d’attente particulièrement importants pour le personnel des PCOA<sup>112</sup> et accroître la pression sur leur charge de travail. Bien qu’ils soient financés sur le budget du SSP de la DGEPI, les PCOA ne bénéficient pas non plus nécessairement d’un statut particulier dans toutes les prisons, ce qui peut avoir des conséquences sur leurs conditions de travail et la valorisation de celui-ci à travers l’administration pénitentiaire. Leur oscillation entre indépendance et appartenance questionne à nouveau l’identité professionnelle des travailleurs des PCOA au regard des conséquences de son inscription au sein du SPF Justice mais aussi du réseau de soins (c’est-à-dire identifiés comme étant un peu trop ‘Santé’ ou ‘Social’ pour les uns et un peu trop ‘Justice’ pour les autres)<sup>113</sup>.

Les PCOA sont exposés à deux problèmes majeurs au niveau de leur travail d’orientation. Tout d’abord, ils sont confrontés, de manière générale, à une méconnaissance de la problématique des assuétudes et, plus particulièrement, à celle des usagers de drogue incarcérés. Ensuite, ils doivent composer avec une offre de services relativement limitée et conditionnée.

Malgré les efforts conséquents déployés par les PCOA pour sensibiliser les différents acteurs à leurs activités ainsi qu’à la réalité et aux besoins des usagers de drogue incarcérés, il y a encore des décalages entre les représentations qui sous-tendent les exigences d’un magistrat en vue d’une levée d’un mandat d’arrêt ou l’octroi d’une libération anticipée (par exemple, l’imposition d’une cure en centre résidentiel et l’attestation d’une prise en charge) et ce qu’envisage le PCOA, voire tout simplement ce qui est réellement possible (il n’existe, par exemple, pas de centre de cure à Bruxelles qui accepte de travailler sous injonction judiciaire). Cette méconnaissance peut se traduire aussi dans l’inflexibilité de certains services au niveau de leur procédure d’admission par rapport à la réalité des (anciens) usagers de drogue incarcérés, laquelle peut compromettre certains projets d’orientation et/ou bloquer leur situation. Ainsi, une personne d’un centre de postcure explique qu’en raison de mauvaises expériences antérieures ils ont posé un choix institutionnel en décidant de dire ‘non’ aux usagers de drogue incarcérés, il n’en reste pas moins conscient du problème que cela pose: “ces personnes sont cassées ... parce qu’il n’y a rien pour les accueillir, ils ont fait tout un travail de maturation de leur projet et puis on leur dit non”.

La limitation de l’offre de services disponible constitue l’autre obstacle majeur auquel sont confrontés les PCOA dans l’orientation de ce public bien souvent perçu comme difficile. Elle dépend

---

<sup>112</sup> En interne, le Prisme avait évalué à 40% de son temps de travail le temps passé à attendre en prison.

<sup>113</sup> Sans pouvoir aborder ici la complexité de ce qui se joue dans les processus de construction identitaire au sein de la Justice, le lecteur est invité à consulter l’ouvrage d’A. Jonckheere (2013) qui analyse brillamment cette question pour les assistants de justice.

de la composition du réseau de soins ('tout n'existe pas partout'), des conditions d'admission/exclusion des services (capacité d'accueil limitée et liste d'attente, refus de travailler sous injonction judiciaire, craintes d'instrumentalisation, exigence de passer un certain temps dans la communauté entre la libération et la prise en charge, etc.) et de la situation de la personne elle-même (logement, situation légale, traitement de substitution, trouble psychique, etc.).

Les PCOA sont donc parfois mal pris pour trouver une solution entre les exigences de la Justice, la réalité carcérale avec ses contraintes et ses aléas (transfert, libération inopinée, grève, etc.), la demande du justiciable compte tenu des paramètres de sa situation (absence de logement, besoins spécifiques, situation de séjour, etc.) et les conditions d'admission imposées par le réseau de soins (délai entre la libération et la prise en charge, refus de travailler sous injonction judiciaire, etc.). Face à ces contraintes et la complexité de la matière, davantage d'efforts doivent être investis structurellement pour développer des canaux de communication qui facilitent la circulation de l'information entre les différents acteurs impliqués dans le projet de continuité de soins des (anciens) usagers de drogue incarcérés afin de prendre mieux conscience de la réalité des uns et des autres. Un directeur de prison insiste sur le fait que:

*"Il y a vraiment un travail à faire avec les personnes qui ont une problématique toxicomaniaque parce que ce sont des gens qui rentrent, qui sortent, qui rentrent, qui sortent parce qu'ils sont déjà dés-insérés pour la plupart et puis on leur dit: "débrouillez-vous dehors, soignez-vous". Mais, en même temps, on les mets dehors alors qu'il y a très peu de liens finalement entre l'intérieur et l'extérieur et je pense que c'est très difficile pour des personnes qui ont déjà des personnalités fragiles, qui sont dépendantes à plusieurs niveaux de se retrouver dehors parfois sans rien, parfois sans plus personne. Donc si en plus il n'y avait pas le PCOA pour faire un lien quelque part [...] ce serait pire." (directeur de prison)*

La non-entrée en vigueur du plan de détention individuel reste à cet égard particulièrement regrettable car il vise à partir d'une évaluation des besoins de la personne, et compte tenu de ses expériences spécifiques, à déterminer avec elle une trajectoire de détention destinée à préparer sa réinsertion. La littérature souligne qu'au plus tôt la réinsertion de la personne est envisagée dans la condamnation, au plus on se donne la chance de mettre en place une prise en charge ou un traitement adapté et efficace (Maguire et Raynor, 1997, Lewis et al. 2003). S'il paraît particulièrement important de préparer les personnes à leur sortie et à ce qui les attend, il convient d'être également attentif aux conséquences pouvant être liées à certains transferts d'établissements. On peut ainsi, par exemple, s'interroger sur la pertinence de transférer une personne qui a d'importants problèmes de dépendance mais qui est parvenue à se sevrer en début de détention vers la prison Saint-Hubert où la drogue est tellement présente qu'elle est considérée par les détenus eux-mêmes comme un véritable fléau.

#### **4.3.1.4.3. Perception par rapport à l'orientation**

Le personnel des PCOA ainsi que le coordinateur de la politique drogue ont l'impression que l'intervention des PCOA est utile et efficace, ne fut ce qu'au niveau de la transmission des informations. Les directeurs de prison et le personnel de SPS font quant à eux état de retours positifs de la part de détenus. Un avocat est convaincu que leur intervention est efficace et constitue un gain de temps si l'orientation est bien faite, etc. Mais les uns comme les autres ne sont réellement en mesure d'objectiver, ni d'évaluer l'impact de l'intervention des PCOA. Le personnel des PCOA n'a même pas toujours de vue sur le devenir de chaque orientation: la personne est-elle bien arrivée là où elle a été orientée? A-t-elle fait usage de l'information qui lui a été donnée? A-t-elle entamé une prise en charge? A-t-elle été jusqu'au bout de celle-ci et comment cela s'est-il déroulé? Autant de questions auxquelles il est difficile de répondre.

En principe, le travail des PCOA s'arrête aux portes de la prison. Ils ne gardent donc pas systématiquement contact avec la personne après sa libération, ce qui d'ailleurs, ne fut ce que d'un point de vue matériel, ne serait à l'heure actuelle pas réellement possible. A l'exception de quelques-unes d'entre elles, les personnes détenues ne donnent pas de nouvelles après leur libération. Il est donc difficile d'apprécier si l'orientation fut effective, adéquate et si elle a eu un impact positif sur l'une ou l'autre dimension de la vie de la personne (consommation, familiale, sociale, santé, etc.). Des variations s'observent toutefois en fonction du statut légal de la personne. Les personnes en détention préventive qui sont vues une ou deux fois et puis qui sortent après avoir été orientées, les PCOA ont généralement très peu de retours par la suite. Ils ne savent même pas si la personne est arrivée là où elle a été orientée. Avec les personnes condamnées, comme ils disposent d'un peu plus de temps pour préparer l'orientation avant la libération, il arrive qu'ils aient un retour lorsque la personne a des permissions de sortie ou des congés pénitentiaires. Sur base de celui-ci, ils peuvent éventuellement évaluer et, si nécessaire, adapter l'orientation. Il faut permettre aux personnes "d'aller voir dehors, de se faire son opinion et d'y réfléchir à l'intérieur avec des personnes habilitées", insiste un directeur de prison. Certaines personnes ont besoin d'être davantage soutenues et sont en demande de contacts avec le PCOA alors que d'autres ne donnent jamais plus de nouvelles. Cela dépend donc aussi de la personne et de ce qu'elle souhaite.

Sous le couvert du secret professionnel qui encadre leurs activités, les services d'aide se gardent bien souvent de donner un feedback au PCOA sur le devenir des personnes libérées, au mieux elles concèdent qu'elles sont bien arrivées. La formalisation des collaborations à l'aune d'un secret professionnel partagé ou la qualité des relations interpersonnelles permettent néanmoins d'obtenir de temps à autres certains renseignements. Cependant, les services d'aide eux-mêmes n'ont pas nécessairement une idée du devenir des personnes après qu'elles aient quitté leur structure et n'ont bien souvent pas les moyens, ni le temps d'entamer un processus d'évaluation systématique de ce qui a fonctionné et de ce qui n'a pas fonctionné.

Il n'y a donc pas à l'heure actuelle d'évaluation systématique de l'effectivité, ni de l'efficacité des orientations réalisées par les PCOA et des prises en charge qui en résultent. Si elle apparaît comme nécessaire, l'évaluation s'avère compliquée à mettre en œuvre étant donné les différents paramètres à contrôler qui sont susceptibles d'affecter la trajectoire de la personne et les nombreuses difficultés logistiques à juguler (secret professionnel, prise de contact avec les personnes libérées, etc.).

Un directeur de prison rappelle: "on travaille avec de l'humain, il n'y a rien qui est sûr". Cependant, un accompagnement de la personne à la libération semble particulièrement indispensable pour faciliter la transition entre la prison et l'extérieur étant donné les nombreux obstacles auxquels sont confrontés les sortants de prison et l'intensité de la récidive au cours des premiers mois qui suivent la libération (Andersen et Skardhamar, 2015). L. Kazemian (2013) a ainsi rappelé au cours de la conférence de consensus sur la prévention de la récidive en France qu'il y avait "consensus en matière de réadaptation sociale des délinquants sur le fait que les dispositifs cognitivo-comportementaux, les communautés thérapeutiques en milieu carcéral et les autres stratégies comportementales sont les plus efficaces pour réduire le taux de récidive et la consommation de substances psychotropes (Andrews et Bonta, 2006; Aos, Miller & Drake, 2006; Lipsey et Cullen, 2007). Les données tirées de la recherche soulignent l'efficacité des démarches de suivi intensif axées sur le traitement, la formation professionnelle et l'enseignement général, en milieu carcéral, et du traitement de la dépendance aux psychotropes en milieu ouvert ou libre".

### 4.3.1.5. Suggestions des acteurs rencontrés

Plusieurs suggestions formulées au cours des entretiens concernent la pérennisation des PCOA pour éviter la perte d'un personnel qualifié, l'augmentation du nombre de travailleurs et du volume de permanences dans les prisons ainsi que l'extension de leur mandat. L'extension du mandat vise tantôt leur public (internés), tantôt leurs missions au sens où le PCOA pourrait, selon un directeur de prison, déjà initier un suivi intramuros et préparer les gens à l'après et/ou, estime un membre d'un SPS, devenir un opérateur de cette transition du retour en communauté par le biais d'un accompagnement de la personne à sa libération. Trois interlocuteurs ont également suggéré une décentralisation du dispositif en Wallonie par le développement d'antennes locales des PCOA.

Un autre ensemble de suggestions, formulées par les acteurs de la Justice, concerne la visibilité des PCOA et la valorisation de leurs activités au travers de publications, de formations, d'accès aux rapports d'activités, etc. Conscients des contraintes inhérentes aux secrets médical et professionnel, les avocats comme les magistrats souhaiteraient pouvoir disposer d'attestations plus circonstanciées de l'intervention des PCOA. Le personnel pénitentiaire (direction et SPS) désirerait quant à lui davantage de feedback à propos de leurs interventions (par exemple, via l'accès aux rapports d'activités ou de réunions régulières), ils estiment par ailleurs qu'il y a lieu de faciliter l'accès aux prisons aux services extérieurs en termes de logistique.

En vue d'améliorer aussi la communication, un travailleur des PCOA pense qu'il faut réinstaurer une plateforme entre services internes et externes pour pallier au désinvestissement des GPDJ tandis qu'un autre travailleur suggérerait que le PCOA devienne en quelque sorte le "porte-parole" du pénitentiaire dans le réseau de soins et inversement. Deux suggestions qui impliquent un repositionnement et une maturation identitaire du dispositif, lesquels pourrait faire également évoluer la considération du réseau de soins et de la Justice à leur égard, notamment de la DG EPI et de ce qu'elle peut leur offrir (local, accès systématique au cellulaire, incorporation au service Soins de santé, accès à certains documents tels que les rapports du SPS, etc.).

Enfin, d'autres suggestions concernent plus largement sur la problématique des assuétudes en prison, elles portent sur la généralisation du traitement de 72h à la libération, la prise en charge des usagers de drogue incarcérés par la Santé publique et le développement de projets similaires à ceux en place dans les prisons d'autres pays (Luxembourg, Canada, etc.).

### 4.3.2. Resultaten van de Vlaamse steekproef

Dit deel van het hoofdstuk geeft een overzicht van de resultaten van de bevraging van de betrokken actoren op het CAP. Met betrekking tot de Vlaamse steekproef werden 6 medewerkers van het CAP, 9 drughulpverleners, 10 justitiële actoren en 18 cliënten bevestigd (zie tabel 24). De opbouw van dit onderdeel volgt dezelfde structuur als het deel over de resultaten over Le Prisme en over Step by Step. Eerst wordt weergegeven hoe de dagelijkse werking van het CAP er volgens de bevestigden uitziet, om over te gaan naar de professionele relaties en een schets van het profiel van de cliënten van het CAP. Het laatste deel van deze resultaten gaat dieper in op de drie onderzoeksvragen: (1) Wat is de meerwaarde van het CAP; (2) wat belet het CAP om tot een optimale werking te komen; en (3) welke suggesties en aanbevelingen zijn er naar de toekomstige werking (zie bijlage 10, 11, 12 en 13).

Tabel 24: Bevestigde actoren omtrent de percepties over de werking van de aanmeldingspunten

	CAP	Zuidelijk landsdeel	Totaal	Afnameperiode
Medewerker aanmeldingspunt	6	7 <sup>114</sup>	13	22 mei- 30 juni 2015
Drughulpverlener	9 <sup>115</sup>	11 <sup>116</sup>	20	Juni – september 2015
Justitiële actoren en JWW	10 <sup>117</sup>	11 <sup>118</sup>	21	Juni – juli 2015
Client aanmeldingspunt <sup>119</sup>	18	13	31	Augustus 2015

#### 4.3.2.1. De dagelijkse werking van het CAP

Voor de bespreking van de dagelijkse werking van het CAP wordt gebruik gemaakt van eenzelfde structuur als bij de bespreking van de Franstalige centrale aanmeldingspunten.

Er wordt eerst stilgestaan bij het luik netwerking en lobbying, daarna wordt gekeken naar het effectieve werk in de praktijk om als laatste onderdeel de administratieve taken onder de loep te nemen.

##### 4.3.2.1.1. Bekendheid, netwerking en lobbying

###### CAP-medewerkers

Bij de opstart van het CAP is het team stelselmatig op werkbezoek geweest bij elk van de hulpverleningsvoorzieningen naar waar zij (zouden willen) doorverwijzen. Het doel hiervan was tweevoudig: (1) om hun eigen werking uit te leggen en (2) om te weten te komen hoe elke hulpverleningsdienst werkt, met welke cliënten zij werken, wat de inclusie- en exclusiecriteria voor behandeling of opname zijn, welke verwachtingen zij hebben ten aanzien van het CAP,...

In de werking wordt nog steeds aandacht besteed aan het netwerken. De CAP-medewerkers blijven regelmatig hulpverleningsorganisaties bezoeken uit de regio om opnieuw te kunnen “gaan horen wat zijn hun ondervindingen, wat kunnen wij nog anders doen” of opnieuw te kunnen uitleggen wat ze wel en niet kunnen betekenen voor de desbetreffende organisatie. De CAP-medewerkers zijn

<sup>114</sup> Vier medewerkers van Step by Step en drie medewerkers van Le Prisme werden bevestigd.

<sup>115</sup> Drie hulpverleners vanuit ambulante centra; twee vanuit MSOC's; één vanuit een ontwenningprogramma; één vanuit een CGG; één vanuit een psychiatrisch centrum; één vanuit een therapeutische gemeenschap.

<sup>116</sup> Voor Brussel (NI): één hulpverlener vanuit de therapeutische gemeenschap; één vanuit een ontwenningprogramma.

<sup>117</sup> Voor het CAP betreft het telkens één persoon vanuit de psychosociale dienst, de medische dienst, justitieel welzijnswerk en directie. Aangevuld met één advocaat, een onderzoeksrechter, een strafuitvoeringsrechter, een penitentair bewaking assistent en een regionale drugscoördinator.

<sup>118</sup> Voor het Zuidelijk landsdeel werden volgende justitiële actoren bevestigd: twee personen vanuit de psychosociale dienst, twee directieleden, twee advocaten, één persoon vanuit de medische dienst, één onderzoeksrechter, één strafuitvoeringsrechter en één regionaal drugscoördinator.

<sup>119</sup> M.b.t. het CAP werden cliënten uit de gevangenis van Brugge, Hasselt, Merksplas en Sint-Gillis bevestigd. Voor het zuidelijke landsdeel betreft dit de gevangenis van Lantim, Dinant, Saint-Hubert, Berkendaal, Vorst en Itter.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

bovendien van mening dat het meedraaien op de diensten of het lopen van bijvoorbeeld een bewonersstage in een therapeutische gemeenschap goede manieren zijn om een voorziening te leren kennen. De ervaring dat de hulpverlening en het CAP elkaar persoonlijk kennen zou volgens een medewerker zorgen dat er vlotter kan worden samengewerkt.

Daarnaast proberen CAP-medewerkers altijd het netwerk uit te breiden en nieuwe partners te zoeken zodat ze deze diensten beter leren kennen en gericht en op maat van de cliënt kunnen doorverwijzen.

*“De reguliere dingen, zoals (naam drughulpverleningsorganisatie) en alles wat regulier is, dat kennen we intussen al. En we verdiepen ons nu in waar werken ze met een verstandelijke beperking, waar werken ze met mensen met een interneringsstatuut, waar werken ze op een andere manier, op een alternatieve manier. Zodanig dat onze mogelijkheden groter worden.” (CAP-medewerker)*

In het kader van goede contacten met de hulpverlening in functie van doorverwijzing van cliënten proberen CAP-medewerkers ook steeds aanwezig te zijn bij overlegvergaderingen van netwerken binnen de drugspecifieke hulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg<sup>120</sup>. Zodoende tracht men mee te geven wat de doelstellingen en de werking van het CAP inhouden en kan men eventuele knelpunten in de samenwerking<sup>121</sup> aankaarten.

CAP-medewerkers geven aan dat bekendheid van het CAP binnen de gevangenis muren niet steeds optimaal is. Enerzijds is er eensgezindheid over de ervaring dat de psychosociale dienst (PSD) en justitieel welzijnswerk (JWW) weten wat het CAP is. Anderzijds hebben de CAP-medewerkers het gevoel dat andere (betrokken) actoren, zoals advocaten, medische dienst,... veel minder op de hoogte zijn, zoals deze CAP-medewerker meedeelt:

*“Moreel consultants (...), nee, die weten dat vaak niet. Mensen van de AA die in de gevangenis komen, dat betwijfel ik. CGG's die weten dat. De mensen in de gevangenis die onderwijs geven, dat denk ik ook niet dat die dat allemaal weten, maar daar werken we ook niet echt nauw mee samen. VDAB, dat weet ik eigenlijk niet. Ik denk dat niet.” (CAP-medewerker)*

Er zijn dus nog uitdagingen wat betreft de bekendheid binnen de gevangenis muren. Vooral de nood om de penitentiair beambten meer op de hoogte te stellen komt bij verschillende interviews met CAP-medewerkers aan bod. Penitentiair bewakingsassistenten hebben volgens de CAP-medewerkers een belangrijke functie in kader van een mogelijke doorverwijzing naar het CAP, omdat zij volgens de medewerkers, alles van dichtbij ervaren. Het CAP-team beseft dat het essentieel is om de PBA's meer op de hoogte te stellen, net omdat zij zo dicht bij de gedetineerden staan. Zo was er in de gevangenis van Mechelen bijvoorbeeld een initiatief om de hulpverlening in de gevangenis, en dus ook het CAP, voor te stellen aan de PBA's.

Eén CAP-medewerker geeft ook aan dat nog niet alle gedetineerden voldoende op de hoogte zijn van het CAP. Ze heeft de idee dat nog niet alle gedetineerden worden bereikt. Volgens haar blijft een grote groep gebruiken op de cel en geraakt deze groep niet tot bij het CAP. Ze benoemt dit als een erg jammere zaak aangezien zij de idee heeft dat zij die het meest nood hebben aan hulpverlening niet bereikt worden. Om hieraan tegemoet te komen, beschikt het CAP over folders en probeert ze deze ook steeds zo transparant mogelijk te maken. De naam 'centraal aanmeldpunt voor

---

<sup>120</sup> Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV), Cliëntoverleg Oost-Vlaanderen (COD), Cliëntoverleg Zorgcircuit Antwerpen (COZA), Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen vzw (PopovGGZ), forensisch overlegplatform,...

<sup>121</sup> Bijvoorbeeld met betrekking tot 'moeilijk doorverwijsbare' cliënten (cf. infra).

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

druggebruikers', heeft in het verleden bij sommige gedetineerden voor verwarring gezorgd. Er werd gedacht dat het CAP enkel instond voor mensen met een verslaving aan illegale middelen. Daarom zijn de folders in de gevangenis zodanig aangepast dat duidelijk wordt dat het CAP er ook is voor mensen met een alcohol- en/of medicatieprobleem.

Een andere CAP-medewerker merkt anderzijds op dat het CAP net wel erg bekend is bij de gedetineerden. In sommige gevallen dienen de medewerkers van de psychosociale dienst (PSD) tijdens het onthaalgesprek niets meer te vertellen over het CAP omdat ze dan vaak van de gedetineerden het antwoord krijgen dat ze het CAP al kennen.

### Hulpverlening

De bevroagde hulpverleningsdiensten, die mensen met een drugproblematiek begeleiden of opnemen, gaan er vanuit dat het CAP goed gekend is bij de drughulpverlening. De CAP-medewerkers hebben voldoende tijd geïnvesteerd in de bekendmaking bij de opstart en zijn daar ook goed in geslaagd. Een medewerker van een MSOC sluit hierbij aan: *"Als er nu nog iemand zegt 'wij kennen dat niet', dan hebben ze toch niet goed opgelet, lijkt mij."* *"Deze bekendmaking gebeurt nu ook nog steeds"*, geeft een teamlid van een ambulante drughulpverleningsdienst aan:

*"Ik denk dat als er nieuwe dingen zijn dat het CAP ook wel snel die mensen zal contacteren of dat ze bijvoorbeeld zelf door werkbezoeken te doen zichzelf wel bekend maken."*  
(Medewerker ambulant drughulpverleningscentrum)

De andere, niet-drugspecifieke hulpverlening zou minder op de hoogte zijn van de werking van het CAP. Dit is echter volgens de bevroagde medewerkers van drugspecifieke diensten niet steeds noodzakelijk, aangezien andere diensten niet zoveel worden geconfronteerd met drugproblemen.

Advocaten zouden, volgens een aantal medewerkers uit de hulpverlening, evenmin voldoende bekend zijn met het CAP. Advocaten, die niet zo vaak in de gevangenissen komen, nemen soms rechtstreeks contact op met een hulpverleningsdienst met de vraag of zijn/haar cliënt bij de hulpverleningsdienst terecht kan. Aangezien er met de hulpverlening buiten de gevangenis afgesproken is dat alle aanmeldingen vanuit de gevangenis via het CAP moeten verlopen, worden deze advocaten dan steeds naar het CAP verwezen. Enkel het CAP kan cliënten vanuit de gevangenis aanmelden en de advocaat bijvoorbeeld niet.

In de gevangenis worden soms overlegmomenten georganiseerd om nog beter te kunnen samenwerken of om elkaar nog beter te leren kennen. Een hulpverlener van binnen de gevangenis geeft mee dat het jammer is dat medewerkers van het CAP aan bepaalde initiatieven niet kunnen deelnemen. In functie van het opbouwen van meer informele contacten en dus ook in functie van een vlottere samenwerking tussen CAP-medewerkers en andere betrokken personen binnen de gevangenis, wordt dit betreurd. Deze hulpverlener weet echter wel dat dit vooral met een tekort aan tijd te maken heeft (cf. infra). Ook bij verschillende overlegmomenten in de gevangenis moet het CAP afhaken wegens tijdsgebrek, wat als een gemiste kans wordt gezien:

*"...maar ge hebt zo wel een aantal dingen daar in de gevangenis: beleidsteam, behoefteonderzoek, toeleiders-bijeenkomst, dat is ook met alle dingen die onder welzijn vallen binnen de gevangenis. Daar kunnen zij vaak niet aan deelnemen. Dat is wel een beetje jammer."* (Medewerker ambulante hulpverlening binnen gevangenis)

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

### Justitiële actoren en het JWW

Respondenten uit de justitiële context vinden ook dat er meer aandacht dient uit te gaan naar bekendmaking van het CAP. Een PBA bevestigt de perceptie dat het CAP te weinig gekend is bij hemzelf en zijn collega's:

*“Want toen dat ik tegen een aantal collega's zei van er komt iemand praten over het CAP: Over het wat? CAP, centraal aanmeldingspunt. En vraag aan iedereen wat is JWW, wat is PSD, die weten dat, weten wat ze doen. Maar het CAP is eigenlijk. Ik weet ook niet, ik weet niet hoeveel keer dat zij komen in de gevangenis. Is dat dagelijks, is dat wekelijks, is dat maandelijks? Of dat je zegt van hier staan 5 mensen toon een keer wie dat er bij het CAP werkt? Ik zou het echt niet weten.” (PBA)*

Rechters, die vaak niet rechtstreeks met het CAP samenwerken, maar wel indirect beroep moeten doen op het CAP als het gaat over de re-integratie of voorwaarden van de gedetineerden, geven aan niet altijd goed te weten wat het CAP doet. Ze geven aan dat dit voortkomt uit de ervaring dat de CAP-medewerkers tot nog toe geen toelichting zijn komen geven over de werking. Hierdoor dienen ze zich te baseren op wat de gedetineerden over het CAP vertellen.<sup>122</sup> Ook al zijnde taken van het CAP voor de rechters niet helemaal duidelijk, toch vinden ze dat het bestaan van het CAP een goede zaak is.

### Cliënten

Gedetineerden geven aan op verschillende manieren kennis te hebben gemaakt met het CAP. De PSD is in de meeste gevallen (10 van de 18 respondenten) het kanaal waardoor ze het CAP hebben leren kennen. De PSD gaf gedetineerden de raad om contact op te nemen met het CAP, omdat zij expertise hebben in het ondersteunen van gedetineerden met hulpvragen omtrent druggebruik en vervolgbehandeling. Ook JWW of een advocaat fungeren af en toe als toeleider naar het CAP. Het CAP-team heeft in alle gevangenissen waar zij permanentie houden folders ter beschikking gesteld en affiches opgehangen. Cliënten geven aan dat hen dat in sommige gevallen ook naar het CAP heeft toegeleid. In sommige gevallen dienen CAP-medewerkers zelf niet te investeren in bekendmaking en doen medegedetineerden dat voor hen (mond aan mond reclame). Eén respondent geeft dit expliciet weer:

*“Ge weet hier van toeten noch blazen. Ge moet alles zelf uitvissen als ge iets wil doen aan uw problemen. Dankzij X en X [medegedetineerden] heb ik het CAP leren kennen.” (Cliënt)*

De cliënten geven aan dat, ongeacht het kennismakingskanaal, ze toch steeds zelf het initiatief hebben genomen voor het uiteindelijke contact met het CAP. Door de PSD, JWW, medegedetineerden of de advocaat werd wel de weg geëffend naar het CAP.

*“De PSD heeft het CAP wel laten vallen als een dienst die me zou kunnen helpen, maar heb wel nog steeds zelf de stap moeten zetten he. Het is niet dat zij de telefoon hebben gepakt en hebben gebeld. Neen, zo werkt het niet.” (Cliënt)*

#### **4.3.2.1.2. Gesprekken**

##### CAP-medewerkers

Cliënten kunnen zich niet steeds in elke gevangenis zelf aanmelden. Er is, volgens een CAP-medewerker, immers sprake van twee vormen om de aanmeldingen te organiseren. Bij een 'open

---

<sup>122</sup> Een PSD-medewerker geeft aan dat het CAP wel al een keer heeft samengezeten met de strafuitvoeringsrechtbank (SURB).



## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

systeem' mag iedereen aanmelden, bij een 'gesloten systeem' kan alleen JWW of PSD aanmelden<sup>123</sup>. Eens iemand is aangemeld, krijgt die een rapportbriefje terug met het bericht dat hij of zij op de wachtlijst staat en dat de persoon zo snel mogelijk zal worden opgeroepen voor een gesprek. Gesprekken zijn op vrijwillige basis en vinden plaats in gesprekslokaaltjes in de gevangenis.

Een eerste gesprek bij het CAP start altijd met de uitleg wat de cliënt wel en niet mag verwachten van het CAP. Zo wordt duidelijk gemaakt dat het CAP niet zal instaan voor een begeleiding of behandeling in de gevangenis. In dit eerste gesprek wordt ook altijd gekaderd hoe het CAP omgaat met het beroepsgeheim.

*"Ik vertel altijd direct dat ik niet voor justitie werk. Dat ik voor de hulpverlening werk, dus dat ik beroepsgeheim heb. En dat ze van mij niets moeten, dus dat ze hier vrijwillig zitten." (CAP-medewerker)*

Eens de rol en taak van het CAP zijn verduidelijkt voor de cliënt, zal de CAP-medewerker een antwoord proberen geven op de (hulp)vraag van de cliënt.

*"Als die vraag inhoudt om ergens een begeleiding op te starten, dan doen we ook de nodige gesprekken daarvoor om dat te kunnen uitwerken. Als dat niet de vraag is, maar gewoon een informatieve vraag, dan geven we informatie over wat er allemaal bestaat van drughulpverlening, waar dat er wat is, wat dat er kan vanuit de gevangenis, wat dat er niet kan, wat dat er kan onder welke statuten." (CAP-medewerker)*

Deze informatieverstrekking wordt als even belangrijk gezien door de medewerkers van het CAP als het helpen bij een eventuele doorverwijzing. Door deze info kennen de gedetineerden het CAP en weten ze ook welke mogelijkheden er eventueel zijn indien ze later alsnog een doorverwijzingsvraag zouden hebben. Een CAP-medewerker geeft aan dat er tijdens de gesprekken ook andere thema's dan enkel de hulpvraag worden behandeld. Er worden bijvoorbeeld ook vragen gesteld naar hoe cliënten gebruik na detentie zien.

Indien de gedetineerde een vraag heeft tot doorverwijzing volgt een anamnesege gesprek. De CAP-medewerker maakt hierbij geen gebruik van een gestandaardiseerde vragenlijst, maar bevraagt wel verschillende levensdomeinen (cf. EuropASI)<sup>124</sup> (cf. infra 1.2.1.3.5). De medewerker tracht de focus tijdens dit deel van het gesprek ook op het positieve te houden. Er wordt hierbij gepolst naar de levensgebieden van de cliënt waar het wel goed loopt. Een randvoorwaarde om deze anamnese goed te kunnen doen, zo stellen de CAP-medewerkers, is dat er voldoende vertrouwen is van de cliënt naar de medewerker.

*"... waarbij dat voor mij het stukje bandvorming heel belangrijk is, dat het stukje vertrouwen er komt. Ik pak echt ruim mijn tijd om alles in kaart te brengen." (CAP-medewerker)*

Er kunnen na dit eerste gesprek nog gesprekken volgen. Dit hangt af van wat er nodig wordt geacht, voor zowel de cliënt als de CAP-medewerker, en welke vraag de cliënt heeft. Bepaalde CAP-medewerkers zijn bovendien van mening dat het vaak meer aangewezen is om gesprekken op te

---

<sup>123</sup> De Vlaamse coördinator van het CAP verduidelijkt dat het reduceren van de wachtlijsten de initiële doelstelling was van een 'gesloten systeem' van aanmelding. Gedetineerden die gezien werden door de PSD of het JWW en die geen hulpvraag stelden, konden immers van de wachtlijst worden gehaald. In de realiteit werd vrijwel niet met dit systeem gewerkt. Medewerkers van de PSD en het JWW gaven aan dat elke gedetineerde de kans diende te hebben om contact op te nemen met het CAP

<sup>124</sup> Lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, alcoholgebruik, druggebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-emotionele gezondheid.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

delen en cliënten twee of drie keer korter te zien in plaats van één keer gedurende een lager gesprek. Zo kunnen de cliënten voldoende geconcentreerd blijven tijdens het gesprek en krijgen ze tussendoor de tijd om wat besproken werd te laten bezinken.

Na de gesprekken wordt samen met de cliënt bekeken wat de meest geschikte vorm van hulpverlening is. De uiteindelijke keuze voor een bepaalde behandeling of begeleiding ligt bij de cliënt zelf. Het CAP meent dat iemand verplichten tot een bepaalde vorm van hulpverlening enkel weerstand oproept en de kans op slagen doet verminderen.

*“We mogen niet vergeten hoeveel dat je vraagt van een cliënt om in opname te gaan. (...) die mensen moeten echt alles achterlaten dat ze kennen ook. Ze moeten allé, alle gewoontes dat ze hebben in dat gebruikersmilieu laten ze achter hé. Dus als dat iemand is die daar niet 100 procent of niet 90 procent zelf wilt voor kiezen of zelfs 80 procent, dan heeft dat gewoon geen kans op slagen. Dat is mijn visie daarrond. Waardoor dat ik er van overtuigd ben dat het veel waardevoller is om mee te gaan in wat de cliënt wil en hem dan van daaruit als dat nodig is te laten merken dat dat eigenlijk toch niet zo evident is. En hem dan vanuit die positie die keuze te laten maken naar een residentiële begeleiding.” (CAP-medewerker)*

Naast het werk met de cliënten in de gevangenis, komt het team maandelijks samen om eventuele problemen te signaleren. Teamvergaderingen blijken tevens belangrijk te zijn om elkaar te ondersteunen en te helpen bij mogelijke doorverwijzingen die buiten de eigen gekende regio liggen.

### Hulpverlening

De medewerkers van de hulpverleningsdiensten zijn goed op de hoogte van de doelstellingen van het CAP en kunnen een duidelijke omschrijving geven van de werking. Ze weten dat het CAP instaat om vragen van gedetineerden met een drugproblematiek te centraliseren en dat het samen op zoek gaan naar de meest geschikte hulpverleningsvorm hierbij voorop staat.

*“Ik denk dan in eerste instantie inderdaad met de cliënt exploreren van wat voor iets zoek die: ambulant, residentieel. En dan denk ik ook toeleiding naar die diensten. Dus ook contact opnemen met die verschillende diensten om te kijken of ze daar terecht kunnen. Dus met de cliënt en dan ook met de verschillende organisaties ook nog contact opnemen.” (Medewerker Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)*

De cliënten informeren over de mogelijke hulpverleningsdiensten wordt door de geïnterviewde hulpverleners ook aangehaald als een taak van het CAP. Op deze manier wordt voor de cliënten duidelijk welke diensten er bestaan en welke dienst het best aansluit bij hun vraag.

### Justitiële actoren en het JWW

Het JWW en PSD geven aan goed op de hoogte te zijn van de werking en doelstellingen van het CAP. De overige bevraagde justitiële actoren blijken in grote lijnen op de hoogte te zijn van de taken van het CAP. Ze geven echter aan dat ze graag nog meer in detail zouden weten wat het inhoudt (cf. infra).

*“Puur voor mijn persoonlijke interesse. Ik zou er wel graag meer van weten voor mijn werk hier.” (PBA)*

Enkel een bevraagde psychiater van de medische dienst in een gevangenis weet niet wat het CAP doet. Hij wijt dit aan het gegeven dat hij nooit rechtstreeks contact heeft met het CAP, maar dat dit steeds via de PSD verloopt.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

### Cliënten

De cliënten verwachten dat het CAP de begeleiding na detentie in orde brengt, door contact op te nemen met potentiële hulpverleningsinstanties. Het regelen van intakegesprekken en de gedetineerden helpen bij het schrijven van motivatiebrieven zijn hun voornaamste verwachtingen. Ze verwachten dat het CAP hen ondersteunt bij *“het uitstippelen van het parcours”*. De cliënten verwachten in ieder geval dat rekening gehouden wordt met hun mening betreffende het hulpverleningstraject. Ze zijn dan ook blij dat hen vooraf gevraagd wordt welk hulpverleningstraject ze na detentie willen aanvatten. De dialoog die het CAP hiervoor met hen aangaat, is bijzonder waardevol en wordt sterk gewaardeerd, aldus de respondenten. Zonder inspraak zouden ze de adviezen en suggesties van het CAP ook sneller in de wind slaan. Door de aanwezige luistercultuur voelen de respondenten zich gewaardeerd en gerespecteerd.

*“CAP legt geen dingen op. Ze zeggen niet van ‘doe dit of beter dat’, of ‘ik zou het zo doen’, neen. Het draait niet om wat zij willen, wel om wat ik wil, en dat vind ik positief.” (Cliënt)*

Vijf van de 18 bevroegde gedetineerden geven aan dat het CAP, samen met hen, eerst zicht moet krijgen op de probleemgebieden waar hulpverlening aangewezen is. Op die manier kunnen ze gericht doorverwijzen, aldus de respondenten.

*“Het is belangrijk dat ze eerst kijken waar ik problemen heb he. Het heeft geen zin om mij in een ambulante dienst te steken, want dat haalt niets meer uit. Ik heb langdurige opvang nodig.” (Cliënt)*

Twee gedetineerden geven aan dat de wachtlijsten in de hulpverlening, in combinatie met hun ‘moeilijk en onvoorspelbaar’ (detentie)dossier, ervoor zorgen dat hun verwachtingen beperkt zijn, ondanks de vele inspanningen die het CAP levert.

*“Uiteindelijk is het niet te voorspellen wanneer ik hier [gevangenis] weg kan hé. Alles hangt af van de rechter. Maar ge kunt ook niet van de instellingen verwachten dat ze al die tijd een plaats voor mij vrijhouden he. (...) Het kan binnen een maand zijn dat ik weg mag, maar voor ‘t zelfde geld duurt het nog een half jaar.” (Cliënt)*

Een andere respondent heeft geen verwachtingen ten aanzien van het CAP omdat hij ervan overtuigd is dat zijn detentietraject van te korte duur zal zijn om waardevolle resultaten te boeken.

*“Ik heb geen verwachtingen, neen. Ze bedoelen het goed, maar ikzelf ga er niets aan hebben want ik verwacht volgende week al vrij te zijn.” (Cliënt)*

### **4.3.2.1.3. Doorverwijzing**

#### CAP-medewerkers

Eens beslist is welke voorziening aansluit bij de vraag van de cliënt, start voor de CAP-medewerkers het proces van de effectieve doorverwijzing. Om dit te realiseren dienen de CAP-medewerkers een aantal stappen te doorlopen. Ze nemen na de nodige gesprekken met de cliënt in eerste instantie telefonisch contact op met de hulpverleningsdienst. Daarna bezorgen ze alle verzamelde informatie betreffende de cliënt aan de hulpverleningsorganisatie. In een laatste fase dienen de CAP-medewerkers een antwoord van de hulpverlening af te wachten en de cliënt hiervan op de hoogte te stellen.

De CAP-medewerkers nemen in bijna alle gevallen eerst telefonisch contact op met de vaste contactpersoon binnen een organisatie waar ze naar wensen door te verwijzen. Dit doen ze om reeds kort een mondelinge toelichting te geven bij de aanmelding, aangezien het voor de hulpverlening

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

niet evident is om een juiste inschatting te maken op basis van enkel schriftelijke verslaggeving. Onder schriftelijke verslaggeving wordt verstaan: een CAP-intakeformulier; een samenvatting van alle gesprekken; eventueel een verslag over de voorwaardelijk invrijheidstelling (veroordeelden) of deskundigheidsverslag van de psychiater (in het geval van geïnterneerden); eventuele verslagen van voorgaande opnames of begeleidingen<sup>125</sup>. Deze verschillende documenten worden uiteindelijk gebundeld en doorgestuurd naar de hulpverleningsorganisatie, mits toestemming van de cliënt. De CAP-medewerker zal ook steeds vragen om te laten weten wanneer ze een antwoord mogen verwachten in functie van verdere opvolging.

*“Dan vraag ik aan hen: heb je enig idee wanneer je dat zou kunnen bespreken? Soms is dat neen, dan is het gewoon wachten. Soms is dat ja, dan hebben we team, dan gaan we het proberen bespreken. En dan probeer ik dat wel zo concreet mogelijk op te volgen. Schrijf ik dat in mijn agenda: dan gaat dat besproken worden. En als ik dan tegen, na een paar dagen, nog niets heb gehoord, dan stuur ik een keer een mailtje: is het gelukt om dat te bespreken op team? Is er een beslissing genomen.” (CAP-medewerker)*

Het CAP geeft aan regelmatig geconfronteerd te worden met “moeilijk doorverwijsbare” cliënten. Vaak gaat het hierbij om personen met een verstandelijke beperking in combinatie met een verslaving. Een CAP-medewerker verwoordt het als volgt:

*“We zien dat [personen met een verstandelijke beperking en een verslaving] steeds meer en meer en de hulpverlening is daar echt nog niet op voorbereid. Dus wij moeten daar nog serieus wat voorbereidend werk doen eer dat de hulpverlening wil opnemen. [...] Dan ga je naar de verslavingszorg. Die zeggen: maar ja, die heeft een verstandelijke beperking, we kennen daar niets van. Dan ga je naar de VAPH-sector: ja maar, die heeft een drugprobleem, we kennen daar niets van.” (CAP-medewerker)*

Mensen met een diagnose ‘psychopathie’ en mensen die illegaal in België verblijven behoren ook tot de knelpuntgroep van “moeilijk doorverwijsbare cliënten”. Ook de doorverwijzing bij bepaalde justitiële statuten verloopt moeizamer, zoals bijvoorbeeld bij cliënten die onder elektronisch toezicht staan. Er zijn immers maar een klein aantal voorzieningen die alle justitiële statuten includeren.

CAP-medewerkers merken ook op dat er hulpverleningsorganisaties, voornamelijk psychiatrische ziekenhuizen, zijn die *“toutcourt zeggen dat ze er [met gedetineerden] niet mee willen werken.”* Gevreesd wordt dat dit met een vooringenomenheid te maken heeft dat gedetineerden onvoldoende gemotiveerd zijn. Het niet kunnen doorverwijzen van cliënten zorgt wel voor de nodige frustraties. Bepaalde CAP-medewerkers hebben het dan ook opgegeven om een poging te ondernemen een doorverwijzing te realiseren naar bepaalde vormen van hulpverlening en adviseren de cliënt om zich na zijn/haar vrijlating zelf aan te melden bij de desbetreffende voorziening.

Het uiteindelijke doel van de gesprekken is een doorverwijzing, en dus een attest tot opname of begeleiding, te organiseren voor de cliënt. In sommige gevallen kan een voorziening een negatief antwoord geven. In dit geval wordt de cliënt automatisch terug opgeroepen om te bespreken waarom het een ‘neen’ is geworden en wordt samen met de cliënt op zoek gegaan naar een alternatief. Vaak geeft de reden van de weigering ook nieuwe informatie weer, die kan worden meegenomen bij een nieuwe aanmelding. Bij bepaalde organisaties volgt er heel snel een positief antwoord op de vraag van het CAP na een aanmelding. Vaak is dit het geval als de cliënt reeds gekend is bij de organisatie naar waar wordt doorverwezen. In andere gevallen dient men lang te wachten op een antwoord. Een CAP-medewerker dient dus ook regelmatig te bellen om te vragen of

---

<sup>125</sup> De intakevragen in kader hiervan aan cliënten om een formulier te ondertekenen waarbij ze toestemming geven aan het CAP om verslagen en informatie op te vragen.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

er reeds een beslissing is genomen rond het al dan niet opstarten van een begeleiding of behandeling. Een positief antwoord of een attest kan verschillende vormen aannemen: attest tot opname, attest met goedkeuring tot intake, of attest om ambulante begeleiding te kunnen starten. Er is één soort attest, het attest tot oriëntatie, waarvan de CAP-medewerkers aangeven dat het weinig bijdraagt. Dit attest houdt enkel een verbintenis in tot drie oriëntatiegesprekken om in te schatten of er met de cliënt een begeleiding opgestart kan worden. Volgens de CAP-medewerkers is deze vorm van attest onvoldoende voor justitie. Aangezien deze drie oriëntatiegesprekken geen zekerheid geven op behandeling, hechten rechters weinig waarde aan het attest tot oriëntatie in het kader van reclassering of voorwaarden. Bovendien mogen deze oriëntatiegesprekken van de betreffende dienst enkel doorgaan eens de cliënt uit detentie is en bvb. niet tijdens het uitgangsverlof (UV).

Uiteraard dienen de CAP-medewerkers ook nog administratief tijd te investeren in het opstellen van dossiers voor de eigen registratie. Momenteel gebeurt deze registratie in eerste instantie meestal op papier in de gevangenis, aangezien er niet overal een computer beschikbaar is (cf. supra, hoofdstuk 1). Nadien worden deze cliëntgegevens (naam, geslacht, geboortedatum,...) en gegevens met betrekking tot de afhandeling van het dossier (door wie aangemeld bij het CAP, naar waar doorverwezen,...) ingegeven in een Excel-bestand. Deze gegevens worden door het CAP gebruikt om de jaarverslagen op te stellen. De CAP-medewerkers geven echter aan dat dit een erg omslachtige werkwijze is.

*“Hoeveel uren, maar echt, hoeveel uren dat we gestoken hebben in dat vierjarig verslag omdat we eigenlijk al vier jaar aan het sukkelen zijn om dat bij te houden omdat we geen goed systeem hebben, dat is belachelijk.” (CAP-medewerker)*

### Hulpverlening

De meningen over het centraliseren van alle drughulpverleningsvragen bij het CAP zijn uiteenlopend. Zo vermelden sommige hulpverleningsactoren, zowel van ambulante als van residentiële hulpverleningsdiensten, dat ze het jammer vinden dat ze de intakegesprekken niet zelf meer mogen doen, terwijl anderen dit ervaren als een vermindering van de werkdruk.

Over het algemeen zijn de hulpverleningsdiensten bij een aanmelding erg tevreden over de informatie die ze verkrijgen uit de intakegesprekken met een CAP-medewerker. Ze vinden dat de doorverwijzingen over het algemeen ook goed met hen afgestemd zijn. Vaak is er met de voorziening op voorhand duidelijk afgesproken wat er verwacht wordt van een doorverwijdsdossier. De hulpverleningsorganisaties hechten veel belang aan de schriftelijke verslaggeving.

*“Er zijn puntjes wat misschien wat beter kan qua informatie. Nog uitvragen ofzo rond... De finesse zo. Wat ik soms ook mee aanvoel, wat vergetelheidjes. Het opvragen van andere verslagen. Soms krijg je dan een paar verslagen, maar dan denk ik: allé, er staan hier nog hulpverleningen in het rijtje, waar zijn die verslagen dan? Het zou vollediger mogen zijn.” (Medewerker Therapeutische Gemeenschap)*

Indien toch onduidelijkheden bestaan, kan steeds telefonisch contact worden opgenomen met de CAP-medewerker die de zaken vaak meteen verduidelijkt. Zowel de schriftelijke informatie (doorverwijdsdossier) als de mondelinge toelichtingen blijken dus van belang te zijn.

De beslissing tot een attest wordt meestal in teamverband genomen, omdat een cliënt in een residentiële setting door een heel team wordt behandeld en in een ambulante setting een cliënt bij elke medewerker in begeleiding kan komen. Zo is iedereen meteen op de hoogte. Toch staat de hulpverlening hierbij regelmatig onder druk om snel een attest te bezorgen. Deze druk vanuit het CAP wordt soms al moeilijk ervaren. De hulpverlening vindt het belangrijk om cliënten eerst te bespreken op het team alvorens een antwoord te geven. Zelfs als dit betekent dat de cliënt in

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

kwestie nog geen attest heeft op het moment dat hij moet voorkomen voor de raadkamer.

Een aantal hulpverleningsdiensten erkent ook, zoals de CAP-medewerkers aangeven, dat er bepaalde cliëntprofielen (cliënten met bepaalde justitiële statuten, cliënten met psychopathologie,...) zijn die moeilijk doorverwijsbaar zijn.

*“Ik vind dat sommige ontwenningprogramma’s wat de deur gesloten houden voor bepaalde statuten. Wij doen dat niet, wij gaan echt puur kijken naar het profiel.” (Medewerker ontwenningprogramma)*

Een andere hulpverlener (ambulante hulpverlening) merkt bovendien op dat ook psychiatrische ziekenhuizen regelmatig CAP-cliënten weigeren. Een therapeutisch coördinator van een psychiatrisch ziekenhuis beaamt dit:

*“Waarop wij letten, mensen die voorheen, voorafgaandelijk al een traject gehad hebben. (...) die al een keer sociaal-maatschappelijk wortel hebben geschoten met de verantwoordelijkheden die daarbij horen en het vermijden van de marginalisering van de straat. (...) Andere dingen die bij ons slechte zaken zijn, zijn de pathologiesoorten die vermoed worden. (...) Dat is een weigeringscriterium bij ons.”*

### Justitiële actoren en het JWW

Respondenten uit de justitiële context hebben minder zicht op de effectieve doorverwijzingen, aangezien ze hierover minder in contact staan met het CAP. Een onderzoeksrechter merkt hierbij wel op dat het belangrijk is dat het CAP de doorverwijzing voor de cliënten doet, aangezien gedetineerden beperkt zijn in hun mogelijkheden m.b.t. communicatie naar de buitenwereld.

CAP-medewerkers zouden, volgens JWW en PSD, steeds de positieve kenmerken en krachten van een cliënt blijven belichten en zo het geloof in de mogelijkheid van een doorverwijzing vooropstellen. Al bestaan er hierrond ook soms frustraties. Soms kan het voorstel van het CAP indruisen tegen het advies van de PSD en lokt dit enig onbehagen uit bij PSD-medewerkers of rechters.

*“Zij werken echt vanuit de vrijwilligheid eigenlijk, zij hebben zo iets van: waarom iemand in zo’n programma steken als je op voorhand al weet dat dat gaat mislopen omdat die dat echt niet ziet zitten, dan kan je misschien beter werken met de minimale motivatie om voor ambulant te gaan, dat dat meer slaagkansen gaat hebben.” (PSD-medewerker)*

Ook deze groep respondenten meldt dat er groepen cliënten zijn die moeilijk doorverwijsbaar zijn. Een onderzoeksrechter maakt in het kader hiervan melding van anderstalige cliënten met een drugproblematiek. Deze groep cliënten zou het CAP erg moeilijk kunnen doorverwijzen. Zowel de PSD als JWW vinden dan ook dat het aan de hulpverleningsdiensten is om toegankelijker te worden en dat het moeilijk kunnen doorverwijzen niet enkel een verantwoordelijkheid is van het CAP.

### Cliënten

Sommige cliënten ervaren enige vorm van druk vanuit het CAP om hun traject zo snel als mogelijk uit te stippelen. CAP-cliënten benoemen de druk die zij binnen het CAP ervaren als dubbel; deze wordt immers zowel positief als negatief ervaren. Wanneer de druk als positief wordt ervaren, is deze een “stok achter de deur” en een motivator om zich samen met een CAP-medewerker te engageren voor het hulpverleningstraject na detentie. Daar ze de idee hebben dat met hun mening rekening wordt gehouden, doordat ze inspraak krijgen in hun hulpverleningstraject (na detentie) en in de te bereiken doelstellingen, wordt de ervaren druk als “een noodzakelijk kwaad” beschouwd.

CAP-cliënten die aangeven minder goed te kunnen omgaan met deze druk, vermelden dat ze reeds meermaals op het punt hebben gestaan om het contact met het CAP stop te zetten. Deze

gedetineerden geven ook aan dat hun druggebruik niet zo problematisch is als wordt aangegeven door justitie en door hun informeel sociaal netwerk. In de beleving van deze respondenten blijft de reactie van het CAP te veel beperkt tot ‘zagen’.

*“Zo altijd achter mijn vossen zitten, pff. Heb het daar lastig mee. Moest het niet zijn voor mijn familie, voor mij hoeft het [begeleiding door CAP] niet.” (Cliënt)*

### 4.3.2.2. Professionele en interpersoonlijke relaties

#### 4.3.2.2.1. Het hulpverleningsnetwerk

Het CAP werkt met veel verschillende hulpverleningsorganisaties samen. De drie grote groepen hulpverleningsvoorzieningen waar cliënten terecht kunnen om hun drugprobleem aan te pakken zijn: ambulante hulpverleningsdiensten, residentiële hulpverlening en dagcentra (semi-residentieel). Dit kunnen zowel drugspecifieke hulpverleningsdiensten als organisaties binnen de geestelijke gezondheidszorg zijn.

#### CAP-medewerkers

Het CAP is positief over de samenwerking met de hulpverleningsorganisaties. Er is een netwerk uitgebouwd met de (drug)hulpverlening, wat er voor zorgt dat er meer mogelijkheden zijn om cliënten door te verwijzen.

*“Zeker omdat het CAP ook meer bekendheid heeft gekregen. Ze hebben meer vertrouwen in ons gekregen, waardoor dat we moeilijke gasten, zoals ik daarstraks ook zei, veel gemakkelijker ergens binnen krijgen. We hebben meer krediet. Ze kennen ons, van gezicht, van naam... We proberen heel veel te communiceren, langs te gaan. Wat maakt dat we toch wel veel vlotter gasten binnen krijgen dan, denk ik, andere diensten.” (CAP-medewerker)*

Door het gegeven dat CAP-medewerkers de intakegesprekken doen, geven ze aan dat dit er voor zorgt dat hulpverleningsdiensten ontlast worden. Anderzijds beargumenteren CAP-medewerkers dat de voorzieningen verschillende verwachtingen hebben. Zo willen sommige diensten een verslag, andere niet. Wanneer dit niet goed genoteerd wordt, ontstaan er misverstanden die dan kunnen leiden tot kleine frustraties.

#### Hulpverlening

De bevraagde hulpverleningsorganisaties zijn tevens zeer positief over de samenwerking met het CAP. Aspecten die de hulpverleners als voordelig ervaren, zijn onder meer het open en eerlijk uitwisselen van informatie, de kennis van de werking van de hulpverleningsorganisaties zodat ze goede doorverwijzingen krijgen voor begeleiding of opname, het feit dat de hulpverleners niet meer zelf naar de gevangenis hoeven te gaan voor het eerste intakegesprek en de openheid tot overleg. De ervaring dat de visie van het CAP gelijklopend is aan de visie van de hulpverlening wordt ook als een pluspunt in de relatie gezien:

*“En wij hebben zeer sterk dezelfde visie, lijkt mij, waardoor dat dat makkelijk praten is met elkaar. Het is onbevooroordeeld. Het is pragmatisch ook een stuk. Het is echt kijken 'wat is in het belang van de cliënt', los van gelijk wat.” (Medewerker MSOC)*

Verder verloopt de communicatie, vaak via mail of telefonisch, vlot. De hulpverleners moeten meestal niet lang wachten vooraleer ze een antwoord krijgen op hun vraag betreffende eventuele extra informatie en wanneer er toch lichte frustraties optreden, communiceert men hier open over zodat de samenwerking goed blijft verlopen.

*“Nee, en als er problemen zijn, dan worden die recht, of als er lichte frustraties zijn of zo, bijvoorbeeld met tijdsdruk te maken dan wordt dat echt zeker gecommuniceerd.”  
(Medewerker ambulante hulpverleningsdienst)*

### 4.3.2.2.2. De justitiële relaties en relaties met het JWW

#### CAP-medewerkers

De CAP-medewerkers komen vooral in contact met PSD en JWW. Een uitdaging bij de communicatie met de PSD is het beroepsgeheim. De CAP-medewerkers geven aan dat PSD soms te veel doorvraagt bij een CAP-medewerker, ook al weten ze dat de CAP-medewerkers gebonden zijn aan beroepsgeheim. Het is volgens het CAP dan ook een uitdaging om hier een evenwicht in te vinden.

*“Dus dan is het zo een beetje dansen op een slappe koord en ge moogt ook niet alles zeggen, want ge hebt beroepsgeheim, maar ge probeert wel samen te werken en ik denk dat de meesten daar echt wel een punt van maken om daarin te investeren. Dat is belangrijk dat we dat goed doen. (...) Heel af en toe gebeurt er ook een keer een driehoeksoverleg hé: PSD, wij, cliënt. Waar dat we natuurlijk niet alles op tafel gaan leggen, want we hebben ons beroepsgeheim, maar dat we wel allemaal op dezelfde golflengte zitten.” (CAP-medewerker)*

Verder hebben de medewerkers soms het gevoel dat ze behandeld worden als extern aan de gevangeniswerking. Dit gevoel komt vooral tot uiting bij de toegangscontrole in de gevangenis. Bijgevolg moeten ze soms een half uur wachten vooraleer ze de gevangenis binnen mogen gaan, wat gezien wordt als tijdsverlies. Een CAP-medewerker zou ook geen sleutel mogen hebben, terwijl dit bij andere externe diensten soms wel wordt toegestaan.

#### Justitiële actoren en JWW

De justitiële actoren die in beperkte mate met het CAP in aanmerking komen, zijn de onderzoeksrechter, een aantal penitentiaire bewakingsassistenten en de directeur van de gevangenis. Ook al is er weinig contact, toch wordt er positief gesproken over de relatie met het CAP.

PSD en JWW komen wel regelmatig in contact met het CAP voor overleg, om informatie uit te wisselen, voor verdere opvolging, enz. Ze geven aan dat de communicatie in de ene gevangenis vlotter verloopt dan in de andere en dat dit vaak afhankelijk is van de houding van de CAP-medewerker.

Soms is er wat onbehagen op het vlak van samenwerking op te merken. Zo vindt de PSD het lastig dat ze niet zelf contact mogen opnemen wanneer de wachtlijst te lang is, omdat de aanmeldingen via het CAP moet verlopen. Het gevolg is het ontstaan van vertraging in dossiers. Een volgende opmerking van een PSD-medewerker is dat sommige gedetineerden “het CAP uitspelen tegen de PSD” omdat beiden een andere mening hebben over het te volgen hulpverleningstraject:

*“Ja weet je wat het is, die gedetineerde komt dan bij ons in de bureau van ja, ‘jullie willen residentieel maar kijk babbel maar een keer met het CAP, zij vinden dat [ambulante begeleiding] ook hé’. En op een duur is dat het gevoel van lijkt ik word hier een beetje met de rug tegen de muur geduwd en gedetineerden zijn daar zeer goed in om zo te manipuleren en onder druk te zetten.” (PSD-medewerker)*

Een ander werkpunt in de relatie is, volgens een PSD-medewerker, dat de CAP-medewerkers zich moeten proberen profileren als een medewerker van de gevangeniscontext en niet als iemand extern die af en toe in de gevangenis langs komt. Een JWW-medewerker deelt deze mening niet en zegt in kader hiervan het volgende:



*“Het is steeds minder een eilandjesverhaal, het is meer samen en het CAP, drughulpverlening in zijn geheel, wordt daar in meegenomen.” (Medewerker JWW)*

### 4.3.2.3. Een specifiek, maar divers publiek in de noden en ervaringen

#### CAP-medewerkers

Het profiel van de cliënten is zeer divers, maar de verslavingsproblematiek staat centraal: meestal zijn het mensen met een drugprobleem of personen die er een vraag over hebben. Onder drugs worden ook medicijnen en alcohol verstaan.

*“Iedereen die iets te maken heeft gehad met drugs of die een vraag heeft rond drugs kan zich bij ons aanmelden. Wat ook wil zeggen dat we inderdaad iedereen die daar iets mee te maken heeft bij ons op gesprek krijgen. Allez dat betekent dat een dakloze die niet anders doet dan gebruiken om zijn miserie te vergeten en steelt en doet en alle buiten bij ons terecht komt, maar ook de grootste dealers die wel veel geld hebben en die eigenlijk vooral gaan moeten afkicken van het veel geld hebben bij ons op gesprek komen. Ook mensen die enkel 's avonds twee joints roken, maar ook mensen die dagelijks om de twee uur heroïne spuiten.” (CAP-medewerker)*

De grootste groep zijn cliënten die in de gevangenis terecht gekomen zijn doordat ze feiten hebben gepleegd gelinkt aan hun drugprobleem. Er is daarnaast bijvoorbeeld ook sprake van cliënten die dakloos zijn en weinig tot geen steunende omgeving hebben. Sommige cliënten hebben wel nog de nodige omkadering:

*“Maar we zien zoveel mensen met zo complexe problemen, waar het ook dubbeldiagnoses zijn, maar ja dubbel....drie, vier, vijf problematieken, op alle levensdomeinen problemen. Maar er zijn ook gasten die nog wel omkadering hebben, die toch nog een woonst hebben, toch nog werk hadden en door een stomiteit in de gevangenis beland zijn, wel gebruiken en daardoor eigenlijk de gevangenis in moeten gaan.” (CAP-medewerker)*

Er zijn cliënten van alle leeftijden en van verschillende nationaliteiten. Daarnaast zijn er, vanuit de visie van de CAP-medewerkers, steeds meer cliënten met een verstandelijke beperking. Verder werkt het CAP met verscheidene statuten: veroordeelden, beklaagden, en geïnterneerden.

Het belang van de eigen motivatie bij de cliënt wordt door het CAP beklemtoond. Sommige cliënten hebben een interne motivatie en willen echt iets veranderen aan hun situatie, andere cliënten hebben een externe motivatie en willen zo snel mogelijk weg uit de gevangenis.

*“Sommigen weten heel goed: ik moet drughulpverlening hebben, daarvoor schrijf ik en we gaan nu echt door tot als die drughulpverlening er is en sommigen zeggen van: ja, ik moest komen en ik weet ik dat nog allemaal niet wat dat ik wil en de rechter zegt dat ik een attest moet hebben, maar ik geloof ik niet in hulpverlening.” (CAP-medewerker)*

Cliënten zouden verschillende vormen van verwachtingen hebben ten aanzien van het CAP. Sommige cliënten willen geholpen worden en willen de gepaste hulpverlening zoeken. Anderen komen, volgens de bevraagde medewerkers, enkel en alleen omdat ze ‘verplicht worden’ door bijvoorbeeld PSD of een rechter om in aanmerking te komen voor vervroegde vrijlating. Een deel van de cliënten komt enkel om informatie te verkrijgen over drughulpverlening. Er zijn ook cliënten die zo snel mogelijk “een ticket naar buiten” willen verkrijgen.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

### Hulpverleners

Hulpverleningsdiensten melden dat er geen wezenlijk verschil is in het profiel van iemand die uit de gevangenis komt en iemand die zich vrijwillig aanmeldt. Sommige gedetineerden zijn minder gemotiveerd omdat het volgen van de behandeling een voorwaarde voor hun vrijlating is. Er wordt gerapporteerd aan justitie en dit remt de vertrouwensrelatie en het engagement voor therapie soms af.<sup>126</sup>

*“Die justitiecliënten [zijn] soms iets minder gemotiveerdere cliënten. Dat lijkt zo op het eerste zicht, omdat ze voorwaarden hebben of dat ze denken dat dat dan gaat helpen in hun justitiedossier. Dat ze daarom moeten komen, dus dat ze soms ook niet altijd aanhaken. Wat bij vrijwillige vaker wel het geval is. Maar ook daar is er echt niet, niet echt een lijn in te trekken, want daar heb je ook evengoed mensen die afhaken. En evengoed justitiecliënten die dan uiteindelijk wel heel gemotiveerd zijn en wel een langdurig, positief traject doen.” (Medewerker Centrum Geestelijke Gezondheidszorg)*

Een aantal hulpverleners, zowel uit drugspecifieke hulpverlening als uit de geestelijke gezondheidszorg, denken voornamelijk dat cliënten onrealistische verwachtingen hebben. Cliënten denken hierbij dat een doorverwijzing naar de hulpverlening op erg korte termijn, met weinig tot geen voorwaarden of verwachtingen (bvb. m.b.t. motivatie) gerealiseerd kan worden, waardoor ze snel de gevangenis kunnen verlaten:

*“Een ticketje om snel uit de gevangenis te komen.” (Medewerker ambulante hulpverlening)*

### Justitiële actoren

Ook de justitiële actoren denken dat de meeste cliënten een traject bij het CAP volgen om zo snel mogelijk uit de gevangenis te kunnen:

*“Ze zeggen het ook bijna vlak af: ja, maar als gij wilt dat ik een begeleiding volg, dan zal ik dat wel doen. Ik doe dat voor u. Ja, neen allé. Ge moet ze dan proberen uitleggen dat het niet voor mij is maar ja.” (voorzitter strafuitvoeringsrechtbank)*

Een medewerker van de PSD verwoordt dit anders en denkt dat het zo snel mogelijk in de hulpverlening komen, voorop staat bij de cliënten:

*“Zo snel mogelijke doorstroming naar de hulpverlening, zodanig dat ze snel buiten, buiten geraken.” (PSD-medewerker)*

### Cliënten

Een aantal gedetineerden geven aan dat het CAP in de eerste plaats hun motivatie om de stap naar de hulpverlening te zetten, aangewakkerd heeft. Gedetineerden met een drugprobleem motiveren om na detentie een hulpverleningstraject te doorlopen, is voor deze respondenten de belangrijkste doelstelling van het CAP:

*“Ik moet toegeven dat ik dankzij mijn advocaat contact heb opgenomen met het CAP. Ik zag er, eerlijk gezegd, eerst het nut niet van in. Maar ze [CAP-medewerker] heeft me echt doen inzien dat ik met een probleem zit. (...) En nu zijn we aan het kijken waar ik het best geholpen kan worden na de gevangenis.” (Cliënt)*

---

<sup>126</sup> Indien cliënten onder voorwaarden staan, dient de hulpverlening aan justitie te rapporteren. Dit betreft in principe enkel de aan- en afwezigheid van cliënten en niet de inhoud van de hulpverlening.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

Begeleiding door het CAP wordt gezien als een kans, maar men moet deze kans zelf grijpen, aldus de respondenten. Daarnaast geven de cliënten aan dat positieve bekrachtiging door het CAP, voor de stappen die men zet, noodzakelijk is om door te zetten. Deze positieve bekrachtiging zorgt er tevens voor dat de motivatie verder aangewakkerd wordt. Vaak verwachten de cliënten snel een oplossing terwijl dit in de praktijk meestal niet haalbaar is.

Wanneer CAP-clieënten aangeven waarom ze ervoor kiezen om beroep te doen op het CAP komen twee uiteenlopende redenen ter sprake. Enerzijds starten 14 van de bevroegde CAP-clieënten met een traject omdat dit hen de mogelijkheid biedt om hun (drug)problemen aan te pakken, zowel tijdens als na detentie. Deze cliënten geven blijk van een (sterke) interne motivatie om iets van hun leven te maken. Ze willen niet (meer) achterom kijken, maar geven aan louter naar de toekomst te kijken. Ze hebben hun levensloop tijdens hun detentie geëvalueerd en realiseren zich dat ze zich dienen te herpakken. Drie van hen geven aan dat hun interne motivatie om hun problemen aan te pakken sterk aangewakkerd is door de gesprekken met het CAP, gezien er vanuit het CAP motiverend wordt gewerkt.

Het CAP biedt hen de kans om te onderzoeken op welke levensdomeinen zich problemen situeren om vervolgens op zoek te gaan naar gepaste vormen van hulpverlening na detentie. CAP-clieënten zouden (zelf)vertrouwen putten uit de beleving dat een dienst binnen de muren van de gevangenis luistert naar hun verhaal. Dit vergroot dan weer de motivatie om hun (drug)problemen aan te pakken en om zich af te wenden van crimineel gedrag.

*“Via CAP heb ik de kans om aan mijn problemen te werken. Er zijn geen andere opties in de gevangenis he. Lichamelijk ben ik afgekickt, maar psychologisch verre van. (...) Ik wil niet hervallen na mijn verblijf hier. CAP is nu aan het zoeken voor gepaste hulpverlening.” (Cliënt)*

Voor de andere CAP-clieënten betreft de reden om beroep te doen op het CAP eerder vermijding van een lange(re) gevangenisstraf (n=2) of vermijding of uitstel van een definitieve (correctionele) veroordeling (bij de voorlopig gehechten; n=2).

*“Ik wil hier [gevangenis Brugge] zo snel mogelijk weg. Ik heb ze [CAP] nodig voor een attest voor begeleiding na detentie, voor mijn ticketje naar buiten he. Het is altijd goed als de rechter dit [attest] ziet.” (Cliënt)*

Alle CAP-clieënten geven aan, ongeacht vanuit welke onderliggende reden ze kozen om beroep te doen op het CAP, dat ze in de toekomst deze kans opnieuw zouden aangrijpen.

### 4.3.2.4. De toegevoegde waarde van het CAP

#### CAP-medewerkers

CAP-medewerkers sommen een aantal sterktes op, die volgens hen allemaal even belangrijk zijn. Een grote meerwaarde is de uitgebreide kennis en expertise die de CAP-medewerkers hebben over de verschillende hulpverleningsorganisaties en over hun werking, zodat ze gericht kunnen doorverwijzen.

*“We gaan niet op vijf paarden gokken en kijken wie dat er dan toehapt, wij gaan heel gericht. Dus dat loopt heel goed, dat is een meerwaarde van het CAP.” (CAP-medewerker)*

Een andere belangrijke sterkte is dat het CAP een hulpverleningsorgaan is en dus gebonden is aan het beroepsgeheim, zoals wordt aangehaald door een CAP-medewerker:

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

*“Als een cliënt weet wat dat ik tegen u zeg, heeft gevolg op wat dat ik ga verkrijgen, dan gaan ze sociaal wenselijk zijn, liegen. Dat is de context van justitie hé. Dus, eum..., ons beroepsgeheim zorgt ervoor dat we voor hen die drempel wat verlagen. Dat blijft gevangenis, dat blijft moeilijk voor de cliënten om open kaart te spelen hé.” (CAP-medewerker)*

De CAP-medewerkers zien het bovendien als hun taak om “zeer laagdrempelig te werken” om zoveel mogelijk mensen te bereiken en zo ook te proberen “een positieve kennismaking met de hulpverlening te zijn”. Zo wordt de stap naar de hulpverlening buiten de gevangensmuren kleiner, wat volgens hen een belangrijke doelstelling is. Hierbij aansluitend, achten de CAP-medewerkers vrijwilligheid en luisteren naar de vraag van de cliënten als een belangrijke sterke. Cliënten vertonen zo meer motivatie om in behandeling te stappen, dan wanneer ze hiertoe verplicht worden.

### Hulpverleners

Ook de hulpverleners erkennen dat de uitgebreide kennis over de hulpverlening en over de drugproblematiek van het CAP een groot pluspunt is: “De sterktes zijn in ieder geval *métier*, kennis.” Dat de CAP-medewerkers de hulpverlening “van binnenuit” kennen draagt hier zeker toe bij. Bovendien vindt de hulpverlening de professionele betrokkenheid van de CAP-medewerkers een sterk gegeven. Zo stelt een hulpverlener van een medisch sociaal opvangcentrum voor druggebruikers (MSOC):

*“Het zijn ambassadeurs van de cliënten in de gevangenis. Dat doen ze wel goed.”*

Een ander pluspunt is dat er per gevangenis een vaste CAP-medewerker werkt. Hierdoor is er sprake van continuïteit en kan een vertrouwensrelatie worden opgebouwd, zowel tussen de cliënt en de CAP-medewerker als tussen de hulpverlening en de CAP-medewerker. Bijgevolg kan ook de samenwerking vlotter verlopen. Verder vinden hulpverleners het belangrijk dat het CAP onafhankelijk van een bepaalde hulpverleningsdienst en onafhankelijk van justitie werkt. Dit maakt dat CAP-medewerkers met een neutrale kijk de zaken kunnen behandelen.

*“Ze kennen eigenlijk het volledige landschap, maar ze zitten er wel los van ook, dus dat is ook wel positief.” (Medewerker ambulante hulpverleningsdienst)*

### Justitiële actoren en het JWW

Een medewerker van JWW benoemt de uitgebreide kennis als volgt als meerwaarde: “Dus dat deskundigheid in huis hebben is, is winst” (Medewerker JWW). Net door deze kennis vormt het CAP een belangrijke schakel en toegangspoort naar de hulpverlening. Verder achten de justitiële actoren en het JWW de laagdrempeligheid van het CAP ook als een groot pluspunt.

De drugcoördinator, die betrokken was bij de opstart van het CAP, is ervan overtuigd dat de onafhankelijkheid van het CAP een meerwaarde is. Doordat de CAP-medewerkers losstaan van de detentiecontext, kunnen ze met een “neutrale bril” kijken naar de cliënten in functie van de meest geschikte doorverwijzing.

Een PSD-medewerker merkt op dat hun goede contacten met de hulpverleningsorganisaties buiten de gevangensmuren er soms voor zorgen dat het CAP een cliënt sneller in een hulpverleningsvoorziening kan introduceren, dan zij dat kunnen. Daarnaast vermeldt deze persoon dat het een meerwaarde is dat CAP-medewerkers met een nieuwe en neutrale blik naar het dossier kijken. Dit biedt de mogelijkheid om voor iedereen, ook de cliënten met een complex dossier die een zware voorgeschiedenis hebben, een gepaste hulpverleningsdienst te zoeken. Ze kennen het netwerk en kunnen daardoor gepast doorverwijzen.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

### Cliënten

De cliënten hechten eveneens veel waarde aan de drugspecifieke kennis en de expertise van het CAP, zowel op het vlak van het gebruik als op het vlak van de hulpverlening. Het CAP helpt de respondenten de weg naar hulpverlening na detentie te vinden, een weg die men vaak niet kende.

*“Het CAP weet zot goed waarover ze praten. Die kennen de hulpverlening uit hun broekzak. Dat helpt enorm. (...) Tja, in de gevangenis kan je anders bij niemand terecht he die het zo goed onder de knie heeft.” (Cliënt)*

Niemand anders dan het CAP is, volgens de cliënten, zo vertrouwd met het drughulpverleningslandschap. Dit is een enorme meerwaarde, aldus een aantal respondenten. Op die manier kunnen zij de gedetineerden gericht oriënteren, rekening houdend met hun voorkeuren. Ook het doorzettingsvermogen van het CAP, gezien de lange wachtlijsten binnen de drughulpverlening, wordt door de respondenten erg op prijs gesteld.

*“Ze kennen het [hulpverleningslandschap] zeer goed. (...) Ze dringen ook hun mening niet op. Ze zeggen niet ‘doe dit of doe dat’. (...) Ze geven ook niet direct op wanneer ze niet direct een plek voor mij vinden. (...) Ze geven niet op, ondanks mijn moeilijk verleden. Dat vind ik chic.” (Cliënt)*

Het organisatorische, zoals het uitstippelen van een hulpverleningstraject na detentie en het regelen van intakegesprekken, vormt een belangrijke taak van de CAP-medewerkers. Daarnaast moet er eveneens voldoende tijd blijven uitgaan naar het verlenen van emotionele steun, zoals het bieden van een luisterend oor, aldus de cliënten. Ook hierin onderscheidt het CAP zich van justitiële diensten, die volgens hen louter oog hebben voor het dossier en focussen op hetgeen fout is gelopen/loopt. Uit de interviews blijkt dat het merendeel van de bevraagde CAP-clienten het CAP als “onmisbaar” beschouwen, “omdat zij kwaliteitsvol werk leveren”.

Voor de cliënten is tevens het beroepsgeheim, waaraan het CAP gebonden is, onmisbaar. De respondenten weten dat persoonlijke informatie vertrouwelijk behandeld wordt en dit resulteert in een sneller vertrouwen in het CAP. Hierin schuilt het grootste verschil met justitiële diensten, zoals de PSD.

*“Je kan je helemaal blootgeven he. Je hoeft geen schrik te hebben dat het bij de PSD belandt. (...) Ge kunt dingen vertellen zonder dat ge ervoor gestraft wordt.” (Cliënt)*

Twee gedetineerden zijn het daar niet geheel mee eens en geven net aan dat het beroepsgeheim ervoor zorgt dat er geen resultaten worden geboekt. Doordat geen informatie wordt gedeeld met andere instanties, zoals met de PSD, hebben ze het gevoel dat hun traject eerder stilstaat dan vooruitgaat.

*“Ik en ook het CAP zijn pro ambulante begeleiding en halve vrijheid, maar ja, ze willen dit niet doorgeven aan de PSD. Die weten van toeten noch blazen, en daardoor blijf ik hier zitten he. (...) Ze zouden beter samenwerken met elkaar in plaats van naast elkaar te werken.” (Cliënt)*

Alle bevraagde cliënten bevestigen dat het CAP oog heeft voor de persoon achter ‘de gedetineerde’ of ‘de druggebruiker’. De werking van het CAP geeft de respondenten het gevoel dat ze hun verhaal kunnen doen, dat ze een mens zijn en geen “zaak”, zoals dat bij justitiële actoren, volgens hen, vaak wel het geval is. Ze hebben het gevoel dat ze niet veroordeeld worden omwille van hun druggebruik, maar dat er ruimte is om het verhaal achter het gebruik en de moeilijkheden die men ervaart om te stoppen, te vertellen. Men heeft het gevoel een ‘mens’ te zijn eerder dan een ‘crimineel’, die

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

adviezen op maat krijgt om een manier te vinden om het eigen gebruik onder controle te krijgen eenmaal ze de gevangenis zullen verlaten.

*“Je praat met elkaar en zo vinden we een oplossing he. Dat is vaak residentiële opvang, maar wat moet, moet he. Samen een oplossing zoeken, daar draait het om. Ze [CAP] zien ons niet als criminelen, ze zien ons als patiënten, zo zou je kunnen zeggen.” (Cliënt)*

Dit “menselijk” contact zorgt ook voor wederzijds respect en waardering. CAP-cliënten hebben het gevoel dat er oprecht naar hen geluisterd wordt, dat ze ondersteuning en kansen krijgen. Dit komt ook hun motivatie om hun leven (opnieuw) in handen te nemen ten goede. Ze ervaren de CAP-medewerker als een persoon bij wie ze terecht kunnen met hun vragen. Een aantal cliënten geeft aan dat het CAP de enige dienst is binnen de gevangensismuren die gedetineerden met een drugprobleem ondersteunt. Eén respondent geeft zelfs expliciet aan dat het CAP zijn enige steunpilaar en klankbord is:

*“Die heeft mij wel echt geholpen. Ik had iemand nodig die mij kon helpen met van die toestanden. Die heeft dat gedaan, dat vond ik wel de max. Alles dat het CAP gedaan heeft, was wel belangrijk. Er is niets dat die beter had moeten doen. (...) En ook alles wat je zegt, is in vertrouwen he. Er gaan niets door naar de PSD of de rechter. Vind ik ook wel belangrijk.” (Cliënt)*

Daarnaast hopen de cliënten op een luisterend oor waarbij ze ongestoord hun verhaal kunnen vertellen, omdat ze weten dat de medewerkers gebonden zijn aan het beroepsgeheim. Ze zijn na elk gesprek met het CAP, hoe kort ook, erg opgelucht. De idee dat ze met hun drugprobleem bij een hulpverlener terecht kunnen, met expertise ter zake, lucht op. Eén respondent geeft aan dat hij op emotioneel vlak sterker dan ooit in zijn schoenen staat, ondanks het mislukken van twee intakegesprekken, omdat hij weet dat hij er niet alleen voor staat.

*“Het zou goed zijn moesten ze iets [hulpverlening na detentie] geforceerd krijgen. (...) Ze hebben al veel gebeld, maar nog niets concreets. Maar het is al veel waard dat ze een luisterend oor bieden. Dat is voor mij het belangrijkste eigenlijk. (...) Na elk gesprek heb ik dingen van mij kunnen afzetten.” (Cliënt)*

Twee CAP-cliënten geven uitdrukkelijk aan dat, ondanks de beperkte beschikbaarheid van het CAP, elk contact erg diepgaand is. Het CAP neemt tijdens elk gesprek zijn/haar tijd voor elke cliënt, aldus deze respondent:

*“Ik heb nog nooit het gevoel gehad dat ik werd buiten gewerkt. Nochtans, ik ben niet de enige hé, die op haar [CAP-medewerker] rekt. En toch pakt ze haar tijd, elke keer opnieuw.” (Cliënt)*

### 4.3.2.5. Obstakels voor het CAP bij het uitvoeren van hun taak

#### CAP- medewerkers

CAP-medewerkers merken op dat cliënten soms onder invloed van middelen op gesprek komen bij het CAP. Wanneer dit hanteerbaar is, laten de medewerkers het gesprek meestal doorgaan. Het besef is aanwezig dat men met cliënten met een verslavingsproblematiek werkt en dat de kans op cliënten die onder invloed zijn tijdens een gesprek reëel is. Er wordt ook aangegeven dat het CAP maar een klein deel van de gedetineerden bereikt die kampen met een drugprobleem.

*“Het zit vol hé de gevangenis, zoveel druggebruikers, zoveel drugs in de gevangenis. Ik denk dat de mensen die aangemeld worden, dat is het topje van de ijsberg. Er is nog zoveel meer*

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

*druggebruik en druggebruikers in de gevangenis, die gewoon afwachten, die gewoon zwijgen alsof er niets aan de hand is en we zien die dan niet. Ik denk dat er nog zoveel meer is.” (CAP-medewerker)*

Op het niveau van de gevangenis is de voornaamste moeilijkheid het oproepen van de cliënt. De CAP-medewerkers geven aan hier dikwijls kostbare tijd mee te verliezen. Omdat er niet in elke gevangenis een computer of telefoon beschikbaar is, kan de CAP-medewerker niet altijd werken (bijvoorbeeld aan de administratie) tussen verschillende afspraken door. De werking en afspraken betreffende het oproepen van cliënten is tevens niet in elke gevangenis hetzelfde. Sommige gevangenissen roepen gedetineerde per gedetineerde op, ander roepen meteen alle gedetineerden op die dan in een wachtkamer moeten plaatsnemen. Beide vormen hebben zowel voor- als nadelen. Als de cliënten tegelijk worden opgeroepen, is er geen tijdverlies tussen twee cliënten. Echter, als alle gedetineerden tesamen worden opgeroepen, gebeurt het soms dat de tijd van de CAP-medewerker om is alvorens alle cliënten gezien werden. Bijgevolg hebben één of meerdere gedetineerden “voor niets” gewacht.

*“Sommige gevangenissen hebben regels van: ge moogt hier maar mensen zien tussen 8u en 11u30. In [naam gevangenis] heb ik dat, dus ik moet om kwart na zes vertrekken om daar om 8u de eerste te zien. Ik moet op voorhand de mensen doorgeven dat ik ga zien. Kom ik daar toe na 2 weken, ik zie mensen hebben mij een rapportbriefje geschreven, ik kan die niet meer oproepen, want die stonden niet op de lijst. Die schuiven weer twee weken op.” (CAP-medewerker)*

Daarnaast worden op het niveau van doorverwijzing enkele obstakels geformuleerd. Zo geven CAP-medewerkers onder meer aan dat de effectiviteit van de doorverwijzingen moeilijk kan worden nagegaan (cf. WP 4), aangezien het contact met de cliënt in principe stopt wanneer hij of zij de gevangenis verlaat.

*“Als de aanmelding gebeurd is, we hebben een 'ja', dan komen wij eigenlijk niet meer tussen. Soms nog wel, omdat sommige organisaties bellen je dan toch nog eens even: hoe zit dat nog weeral in elkaar en de man is aangekomen. Die houden ons zo nog wel op de hoogte, wat fijn is, ook zelfs als ze vertrekken.” (CAP-medewerker)*

Informeel horen de CAP-medewerkers af en toe hoe het met een bepaalde cliënt verlopen is. Dit kan omdat ze regelmatig contact hebben met dezelfde hulpverleningsorganisaties in het kader van het doorverwijzen van andere cliënten.

*“... op dit moment is dat niet georganiseerd dat we feedback krijgen en toch niet op een vastgelegde manier. (...) Je krijgt informeel wel informatie en uiteraard als het om welke reden dan ook misloopt, cliënt komt terug in de gevangenis, ja dan weet je hoe dat het gelopen is, uit het eerste hand van de cliënt.” (CAP-medewerker)*

Sommige CAP-medewerkers halen aan dat ze het jammer vinden dat er niet genoeg tijd is om verdere opvolging te doen. Maar ze denken wel dat dit zou kunnen leiden tot betere resultaten:

*“Nu is het van: we hebben u doorverwezen en daar stopt het en dan merken we heel vaak dat het nog aan de cliënt zelf is om, om tot aan de hulpverlening te geraken. Maar hoe meer hand in hand dat we dat zouden kunnen doen om er op zijn minst te geraken, hoe beter dat onze resultaten zullen zijn.” (CAP-medewerker)*

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

### Hulpverleners en justitiële actoren

Bij deze respondenten komt één groot obstakel naar voor. Volgens hen is het CAP onderbemand en moeten er hiervoor meer middelen worden vrijgemaakt. Door het tekort aan werknemers ontstaan er lange wachtlijsten in de gevangenissen én slagen de CAP-medewerkers er niet in voldoende cliënten te zien in de beperkte tijd dat ze aanwezig zijn in de gevangenis.

Daarnaast merken hulpverleners over het algemeen geen verschil in deelname of retentie tussen cliënten die via het CAP zijn aangemeld en cliënten die zich vrijwillig bij de dienst hebben aangemeld. Al kan het justitiële statuut, en dus de rapportage aan justitie soms remmingen bij de doorverwijzing veroorzaken (cf. supra). Hulpverleners merken echter wel op dat cliënten die uit de gevangenis komen in sommige gevallen hun motivatie verloren zijn om een behandeling te volgen. Dit is volgens hen te wijten aan de duur tussen de doorverwijzing en de effectieve opstart van de behandeling of begeleiding.

*“Het enige wat dat ook moeilijk is, zijn cliënten die, op moment dat ze nog binnen zitten een hulpvraag hebben of een bepaald iets willen en op bepaalde zaken dan ook een attest van ons krijgen, daarna vrijkomen en dan ineens als ze hier op gesprek komen, helemaal geen motivatie meer hebben of een ander verhaal hebben of hun situatie ineens toch wel iets anders blijkt te zijn, dat kan soms wel moeilijk zijn.” (Medewerker ambulante hulpverleningsdienst)*

### Cliënten

Een aantal cliënten geeft aan dat gesprekken met het CAP pas nuttig kunnen zijn als er sprake is van wederzijds vertrouwen. Vertrouwen is immers een basisvoorwaarde waaraan voldaan moet zijn vooraleer er bereidheid is om te praten over moeilijkheden, hulp te vragen én te aanvaarden. Enkele cliënten geven aan dat het leren kennen en vertrouwen van de CAP-medewerkers (te) veel energie vraagt, die op dat moment niet steeds aanwezig is. Het gegeven dat CAP-medewerkers maar kort tussenkomen (een aantal gesprekken), kan hier mogelijks een verklaring voor zijn.

De perceptie van de cliënten met betrekking tot het resultaat van de doorverwijzing kon niet bevestigd worden, aangezien de bevestigde cliënten nog in detentie zaten.

### **4.3.2.6. Suggesties tot verbetering**

De verschillende suggesties kunnen worden opgedeeld in vier grote groepen, namelijk: meer werktijd voor de CAP-medewerkers, meer middelen om hun taken te kunnen uitvoeren, aanpassing en uitbreiding van het takenpakket en suggesties voor een betere samenwerking.

#### **4.3.2.6.1. Meer tijd of een uitgebreider team**

##### CAP-medewerkers

Wat bij de CAP-medewerkers vooral naar voren komt, is dat ze aangeven meer tijd nodig te hebben om kwalitatiever werk te kunnen leveren en om meer taken op zich te kunnen nemen. De meeste medewerkers wijzen erop dat ze een intensievere begeleiding willen geven aan de cliënt en meer wensen in te zetten op het motivationeel werken. Verder beogen ze mensen te bereiken die niet bereikt worden door bijvoorbeeld meer proactieve gesprekken te voeren. Ook zouden ze het opportuun vinden om cliënten langer op te volgen zodat ze te weten komen of de doorverwijzing geslaagd is.

*“Ja, dus met meer tijd zouden wij, eum, dieper, intensiever samenwerken met de cliënt. Zowel motivationeel meer tijd nemen. Dat is een proces dat tijd vraagt. Dat moet, soms moet ge een cliënt ne keer een tijd weer loslaten en dan komt hij weer terug hé. Eum... maar ge moet ook*



## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

*meerdere gesprekken doen. We zouden de reclassering beter voorbereiden, meer hand-in-hand tot als dat ze in hun voorziening zijn en eventueel dan nog opvolgen.” (CAP-medewerker)*

CAP-medewerkers halen tevens aan dat ze het beter zouden vinden indien ze meer tijd zouden hebben om met de verschillende partners te overleggen, om een betere afstemming in functie van de cliënten te kunnen verwezenlijken.

*“Nog meer tijd om overleg te doen met de andere partners. Ik heb bijvoorbeeld gisteren overleg gehad met cliënt, PSD, JWW, alle betrokken partners en dat was heel zinvol, maar door tijdsgebrek zijn we vaak naast mekaar aan het werken, dubbel werk aan het doen. Niet zo kwalitatief werk aan het doen, als dat we het samen doen.” (CAP-medewerker)*

Door de zware caseload ontstaan er wachtlijsten waardoor de cliënten gefrustreerd raken. Bijgevolg komt er ook een druk te liggen bij de CAP-medewerkers om deze wachtlijst weg te werken. Zoals hierboven reeds aangehaald, zou er tijd bespaard kunnen worden wanneer de medewerkers in elke gevangenis op een computer zouden kunnen werken. De tijd die hierdoor vrij komt, zou onder meer ter bevordering van motivatie tot verandering en behandeling kunnen worden ingezet.

### Hulpverleners

De hulpverlening deelt de mening van de CAP-medewerkers voor wat betreft de lange wachtlijsten in de aanmeldingspunten. De wachtlijsten worden te lang en daardoor moeten cliënten soms erg lang wachten vooraleer een geschikt hulpverleningsparcours kan aangevat worden.

*“Ik denk dat er uren moeten bijkomen of mensen moeten bijkomen, anders is het niet te doen omdat inderdaad zo’n lange wachtlijst. Wat hoor ik? Wachtlijsten van een maand, twee maand.” (Medewerker therapeutische gemeenschap)*

### Justitiële actoren en JWW

De belangrijkste suggestie van de meeste justitiële actoren is dat de CAP-medewerkers vaker in de gevangenissen aanwezig zouden moeten zijn. Eén keer per week of om de twee weken is volgens hen onvoldoende.

*“Maakt dat ze meer frequent, zeker in gevangenissen aanwezig zijn, dat ze ook meer tijd en moeite kunt steken in het dossier.” (Strafuitvoeringsrechter)*

### Cliënten

Ook de cliënten beamen dat de beschikbaarheid van het CAP moet verhoogd worden. Het CAP zou meerdere dagen per week beschikbaar moeten zijn (nu zijn de medewerkers in de regel één maal per week en in sommige gevangenissen één keer per twee weken aanwezig). Aldus kunnen meer gedetineerden met een drugprobleem geholpen worden en kan er sprake zijn van een intensieve(re) begeleiding, zowel in kwaliteit als in kwantiteit. CAP-clianten geven aan dat de samenwerking en het contact met het CAP goed verloopt, maar dat ze vaak botsen op de beperkte beschikbaarheid (door onderbezetting). Ze geven aan dat de contacten met het CAP veelvuldiger mogen zijn, bv. tweewekelijks of zelfs wekelijks. Meerdere afspraken zouden de leegte tijdens detentie opvangen, en de positieve bekrachtiging door het CAP zou hen extra motiveren om hun toekomst vorm te geven. Zo kan tevens de vertrouwensrelatie sneller aangescherpt worden, met positievere en snellere resultaten tot gevolg. Een wekelijks gesprek betekent ook dat de gedetineerde sneller en beter op de hoogte blijft van de stand van zaken en van de volgende stappen die het CAP wil zetten in zijn/haar hulpverleningstraject.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

*“Ze moeten dringend meer volk aannemen, of X [hulpverlener CAP] moet meer uren krijgen binnen de gevangenis. Dat is niet alleen goed voor de wachtlijst, maar ook kan dan meer tijd voorzien worden per gedetineerde.” (Cliënt)*

Wanneer een acuut probleem opduikt (bv. negatief advies na een intakegesprek) zorgt het lange wachten op een gesprek met het CAP voor een negatieve gemoedstoestand, zoals deze cliënt weergeeft:

*“Ik peis dat ik nu aan een gemiddelde zit van één keer per maand [kwantiteit contact met het CAP], maar zou het liever meer zien. Zo toch eens per 14 dagen. (...) Heb je al es gezien hoeveel gedetineerden zij ziet. Eén iemand kan dat niet goed bolwerken he.” (Cliënt)*

Verder geven een aantal gedetineerden aan dat de wachttijd tussen het schrijven van een rapportbriefje en een gesprek met een CAP-medewerker korter moet. Het systeem met de rapportbriefjes werkt prima, aldus de respondenten, want op die manier weet het CAP dat de gedetineerde een face-to-face gesprek noodzakelijk acht. De cliënten geven echter aan dat ze ten laatste binnen de week na het schrijven van een rapportbriefje een gesprek zouden willen met het CAP. Nu is dit vaak niet het geval. Ze geven aan dikwijls in het ongewisse te blijven over het tijdstip waarop een gesprek kan doorgaan, en dat maakt hen onzeker. Zeker bij een hoogdringende vraag of een (acuut) probleem is een snelle(re) beschikbaarheid van het CAP belangrijk. Eén respondent, die ongeveer 1,5 maand heeft moeten wachten op een eerste gesprek vond dit, gezien zijn hoogdringende vraag, te lang.

*“De wachttijd tussen ‘briefje schrijven’ en oproepen, moet korter, veel korter, want nu weet je vaak van toeten noch blazen: ‘Hebben ze het wel gekregen?’ ‘Wanneer mag ik gaan?’ (...) Van die onzekerheid kan ne mens zot worden hé.” (Cliënt)*

Andere cliënten zijn het daar niet mee eens. Ze vinden dat de tijdspanne tussen het schrijven van een rapportbriefje en het eerste face-to-face contact met het CAP relatief kort was (van 7 dagen tot drie maanden), gezien de erg grote caseload (“overbevraging”).

### 4.3.2.6.2. Meer middelen om efficiënter te kunnen werken

#### CAP-medewerkers

De tweede suggestie is dat er meer middelen vrijgemaakt moeten worden. Het invoeren van een computersysteem met toegang naar de server en het ter beschikking stellen van een computer in elke gevangenis wordt door de CAP-medewerkers gewenst, zodat ze efficiënter hun werk kunnen uitvoeren.

*“Computersysteem natuurlijk. Dat we op de computers kunnen, in alle gevangenissen op onze server kunnen, alles ter beschikking hebben dat we moeten hebben, [...]” (CAP-medewerker)*

#### Cliënten

Niettegenstaande de gedetineerden de expertise en de positieve werking van het CAP erkennen, zou het een meerwaarde zijn mocht het CAP (ook) bestaan uit ervaringsdeskundigen, aldus vier respondenten. Deze ervaringsdeskundigen zouden voor hen als rolmodellen fungeren: *“Zij zijn het bewijs dat de ervaren moeilijkheden niet onoverkomelijk zijn”*. Naast rolmodellen kunnen ervaringsdeskundigen nuttige kennis doorgeven die bovendien sneller aanvaard wordt.

*“Dat is het enige jammere [geen ervaringsdeskundigen]. Dat zou voor nog meer motivatie zorgen, een boost, een teken dat het voor ons toch zeker niet te laat is. (...) Alleen zij weten hoe het is om verslaafd te zijn he.” (Cliënt)*

### 4.3.2.6.3. Aanpassen en/of uitbreiden van het takenpakket

#### CAP-medewerkers

Een derde suggestie is het voorstel om het takenpakket aan te passen en/of uit te breiden. Zoals hierboven vermeld werd, zouden de medewerkers meer motivationeel en proactief willen werken met de (potentiële) cliënten. Verder geven ze aan dat het betrekken van de familie een positief effect zou kunnen hebben op het traject van de cliënt.

De medewerkers van het CAP willen zich verder meer verdiepen in bijkomende problematieken, zoals een verstandelijke beperking of psychiatrische ziektebeelden, waardoor ze gericht kunnen doorverwijzen:

*“Maar we merken dat we meer en meer niet enkel geconfronteerd worden met dat druggebruik, maar ook veel andere problematieken. Dat we daar.... Ik zeg niet het monopolie in krijgen, maar dat we daar ons wel wat kunnen in bijscholen of meer knowhow van kunnen krijgen. Dat we diensten meer kunnen samenbrengen. Dat we drughulpverlening kunnen samenbrengen met de mensen met een verstandelijke beperking. Dat we daar veel meer tijd kunnen insteken. Dat we naar die voorzieningen zouden kunnen gaan.” (CAP-medewerker)*

Verder geven de CAP-medewerkers aan dat het belangrijk kan zijn om op beperkte schaal outreachend te kunnen werken en cliënten ook buiten de gevangenis te ondersteunen. Sommige cliënten hebben, volgens de CAP-medewerkers, immers minder mogelijkheden om het zelf buiten allemaal geregeld en gerealiseerd te krijgen.

*“Dat we ook zoiets hebben van misschien moeten we, als mensen geen vervoer hebben om ergens te geraken, ook zelf het vervoer regelen allé.” (CAP-medewerker)*

Soms worden cliënten plots vrijgelaten en is er nog geen doorverwijzing naar de hulpverlening gerealiseerd. Dan worden deze mensen aan hun lot overgelaten. Een CAP-medewerker geeft aan dat ze deze mensen ook graag zou willen helpen:

*“Mensen bellen mij dan soms, want ze hebben dan mijn kaartje: ja, ik ben vrij hé, wat moet ik nu doen? En kan ik alleen maar aan de telefoon nog wat instructies geven en dan moeten ze hun plan trekken. Ze kunnen niet meer met ons afspreken.” (CAP-medewerker)*

Er wordt ook door de medewerkers opgemerkt dat het vele werk van het CAP niet altijd zichtbaar is. Daarom stellen ze voor om per cliënt een handelingsplan te ontwikkelen, waaruit duidelijk wordt welke stappen al met de cliënt doorlopen zijn en waarom er voor een bepaald parcours wordt gekozen:

*“Misschien moet het CAP ook van iedereen die doorverwezen wordt een soort evaluatie maken. (...) Veel meer het ganse plan hé. Aan justitie laten weten van die persoon is dan en dan en dan gezien. Dat is de reden waarom dat we daarvoor kiezen. We hebben die en die stappen ondernomen en nu, allé. Dat dat echt zo een handleiding is bij iemand, zodanig dat ze weten dat we daar echt wel iets mee gedaan hebben. Dat dat echt meer zichtbaar is, wat dat we doen.” (CAP-medewerker)*

#### Hulpverleners

De hulpverleners stellen voor meer ondersteuning te geven aan de cliënten in de gevangenis om de motivatie tot behandeling warm te houden tot aan de vrijlating. In sommige gevallen vragen de hulpverleners dat de CAP-medewerkers de antecedenten nog uitgebreider zouden onderzoeken,

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

omdat ze soms op basis van te beperkte informatie een beslissing moeten nemen. CAP-medewerkers dienen zich daarenboven te blijven bijscholen op het vlak van kennis van psychopathologie en motivationele gespreksvoering. Daarnaast raadt een medewerker van een ontwenningprogramma aan dat de CAP-medewerkers steeds moeten proberen een aantal dagen mee te draaien op een aantal diensten zodat ze de werking ervan nog beter leren kennen. Een goede kennis van het hulpverleningslandschap, zou een positieve invloed hebben op de doorverwijzingen en de afstemming hiervan.

### Justitiële actoren en JWW

Een JWW-medewerker geeft, net zoals de CAP-medewerkers, aan dat de familie een positieve invloed kan hebben op het hulpverleningstraject:

*“Dat is een uitdaging in zijn geheel, niet alleen voor het CAP. Daar laten we nog veel kansen liggen, is bij de familieleden, (...) dat is ook een hulpbron. Zo hen een echte plaats geven in dat proces, gebeurt nog veel te weinig.” (Medewerker JWW)*

#### **4.3.2.6.4. Samenwerking**

##### CAP-medewerkers

De CAP-medewerkers vinden het belangrijk om een betere afstemming te realiseren met de gevangenen en de hulpverlening omdat dit bevorderlijk kan zijn voor samenwerking. Door die afstemming is ieders rol duidelijker en is er minder kans op overlap.

*“In de gevangenen, ja, betere afstemming op mekaar, met de cipiers. Met de drugshulpverlening ook. Ik denk zo iets dat de case managers, dat in Gent die drugbehandelingskamer, dat dat veel zinvoller is om echt concrete afspraken te maken, omdat er soms echt naast mekaar wordt gebabbeld met justitie.” (CAP-medewerker)*

Verder hopen ze dat de hulpverlening kan of wil uitbreiden zodat meer gedetineerden de mogelijkheid hebben op kwaliteitsvolle begeleiding of behandeling.

##### Hulpverleners

De hulpverlening van haar kant heeft, in functie van het verbeteren van de samenwerking, het voorstel om één keer per jaar samen te zitten en een evaluatiegesprek te voeren: hoeveel doorverwijzingen zijn er gedaan, waren er problemen, hoe is het verlopen, enz.?

### Justitiële actoren en JWW

Een JWW-medewerker vindt dat de hulpverlening een actievere rol dient op te nemen in de samenwerking met het CAP.

*“Leg niet alleen de druk bij het CAP als aanmeldingspunt, maar leg veel meer verantwoordelijkheid ook bij die hulpverlening die daar achter zit. Jullie moeten naar het CAP bewegen. Dat CAP moet zich nu veel te ver uittrekken.” (Medewerker JWW)*

Justitiële actoren delen eveneens de mening dat er meer (of opnieuw) aandacht zou moeten uitgaan naar het informeren over de werking van het CAP, in functie van een betere samenwerking.

*“Ik denk niet dat (...) onze beambten moeten we beter informeren over het CAP, want dan gaat de oproep van de gedetineerden vlotter verlopen. Nee, dat denk ik niet. Ik denk dat dat echt wat eigen is aan het systeem.” (Regionaal drugcoördinator)*

## 4.4. Conclusie

### 4.4.1. Wat is de toegevoegde waarde van de aanmeldingspunten?

Over het algemeen kan worden gesteld dat de aanmeldingspunten als waardevol worden ervaren door alle betrokken actoren. Hiervoor worden drie belangrijke redenen gegeven: de inhoudelijke expertise, de onafhankelijkheid (van justitie) en de aanvaardende houding naar de cliënten. Alle betrokkenen benadrukken de deskundigheid en de expertise van de medewerkers als sterkte van de aanmeldingspunten. Ze kennen het drughulpverleningslandschap grondig en kunnen daardoor ook gericht doorverwijzen<sup>127</sup>. Ondanks de kleine teams zijn de aanmeldingspunten in elke gevangenis beschikbaar, wat volgens de participanten getuigt van een groot engagement. Net door deze aanwezigheid in elke gevangenis, worden de aanmeldingspunten als een belangrijke schakel tussen de gevangenis en de maatschappij gezien. Hierdoor sluiten de aanmeldingspunten aan bij de Europese drugsstrategie (2013-2020), de UNGASS resolutie (2016) en de aanbevelingen van de WHO (2014), die stellen dat er aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van een kwaliteitsvolle en continue zorg voor druggebruikers in de gevangenissen. De medewerkers zijn gekend bij de hulpverlening en ondernemen zelf de nodige stappen om een doorverwijzing te realiseren, waardoor ze een vlotte toegangspoort naar de hulpverlening zijn. De medewerkers van de aanmeldingspunten spelen dan ook een centrale rol in het communicatieproces tussen justitiële actoren, JWW, externe hulpverleners en gedetineerden. Ze faciliteren de informatiedoorstroom binnen de gevangenis en het zorgnetwerk. Personen in detentie hebben immers minder (communicatie)mogelijkheden om alle voorbereidende taken in functie van een opname of begeleiding te realiseren. Ook het gegeven dat de aanmeldingspunten onafhankelijke organen zijn, is een belangrijke meerwaarde, omdat er zo met een neutrale blik naar de cliënten kan gekeken worden. Bij het doorverwijzen is het, volgens de geïnterviewden, een sterkte dat de medewerkers van de aanmeldingspunten door deze neutrale blik sterktegericht blijven werken en de focus op het positieve en de mogelijkheden van de cliënt houden. Cliënten van de aanmeldingspunten hebben immers vaak complexe noden, waardoor het oriënteren naar aangepaste hulpverlening bemoeilijkt wordt. De cliënten appreciëren voornamelijk het luisterend oor en de goede zorgen die de medewerkers bieden. Ze hebben immers het gevoel dat ze door de medewerkers als ‘mens’ worden aanzien en niet als ‘verslaafde’ of ‘crimineel’. Bovendien geven de gesprekken met de medewerkers hen extra motivatie om in de hulpverlening te stappen, wat als waardevol wordt aanzien. Het beroepsgeheim is hier een bepalende factor. Dit wordt dan ook als belangrijk ervaren door de verschillende actoren, omdat er hierdoor open gecommuniceerd kan worden.

### 4.4.2. Welke factoren verhinderen een optimale werking van de aanmeldingspunten<sup>128</sup>?

Medewerkers doen volgens alle ondervraagde groepen alles wat er momenteel binnen hun mogelijkheden ligt, ondanks de beperkte tijd en middelen waarover ze momenteel beschikken. Met meer middelen, en dus ook meer personeel, zouden medewerkers vaker aanwezig kunnen zijn in de gevangenissen. Dit biedt hen de mogelijkheid om cliënten nog meer te woord te staan en zo ook stelselmatig de wachtlijst weg te werken.

De gevangenis betreden neemt vaak heel wat tijd in beslag en ook voor het oproepen van de cliënten moeten de medewerkers van de drie aanmeldingspunten regelmatig enige tijd wachten. Omdat medewerkers in het zuidelijke landsdeel vaak enkel toegang hebben tot de advocatenruimtes voor

<sup>127</sup> Al geven hulpverleners aan dat de aanmeldingsdossiers soms nog iets genuanceerder en uitgebreider mogen zijn.

<sup>128</sup> In het kader van hun belangrijkste doelstellingen: centraliseren van de aanvragen en cliënten informeren; motivatie tot behandeling verhogen; cliënten doorverwijzen.

gesprekken, en dus geen gesprekslokaal ter beschikking hebben nabij de cellen, duurt het oproepen van cliënten vaak nog iets langer. Een andere barrière in het kader van een optimale werking is het niet steeds ter beschikking hebben van een computer of telefoon. Indien dit steeds aanwezig zou zijn in de gesprekslokalen, zouden medewerkers sneller mails kunnen behandelen of telefonisch zaken kunnen bevragen en afhandelen. Zodoende kunnen ze cliënten sneller een antwoord bieden betreffende het behandelingstraject.

In Brussel waren reeds een aantal diensten in de gevangenis werkzaam gericht op de ondersteuning van druggebruikende gedetineerden. Hierdoor werd Le Prisme niet steeds erkend in haar mandaat om vragen van druggebruikers in de gevangenis te centraliseren. Er werd soms ook een zeker concurrentie ervaren, waarbij sommige hulpverleningsdiensten het gevoel hebben dat Le Prisme vaker doorverwijst naar de eigen externe werking (L' Ambulatoire Forest). Mogelijk gebeurt dit omdat er vanuit (bepaalde vormen van) (drug)hulpverlening weerstand bestaat om cliënten rechtstreeks vanuit detentie in behandeling te nemen, enkel op basis van de intake van een medewerker van een aanmeldingspunt.

In het kader van oriëntatie werd aangegeven dat de aanmeldingspunten soms botsten op hiaten in de hulpverlening en/of op bepaalde exclusiecriteria. Hierdoor kan niet steeds aan elke hulpvraag worden voldaan. Niet overal in het land zijn immers alle hulpverleningsvormen beschikbaar. Bovendien kan een vraag altijd niet ingewilligd worden omdat niet steeds bereidheid kan worden gevonden bij hulpverleningsdiensten om een cliënt te behandelen of te begeleiden. De mening van justitiële actoren (PSD, rechter,...) aangaande de vereiste hulpverlening kan soms verschillen van wat de cliënt als noodzakelijk acht of van de inschatting door de hulpverlening. Er kan hierbij gesteld worden, dat er vanuit verschillende actoren verschillende verwachtingen en perspectieven zijn rond wat hulpverlening zou moeten inhouden. De medewerkers van de aanmeldingspunten dienen dus regelmatig tijd te investeren in de afstemming van verscheidene visies betreffende geschikte hulpverlening.

### **4.4.3. Welke suggesties en aanbevelingen zijn er naar de toekomstige werking toe?**

Deze onderzoeksvraag is moeilijk te objectiveren daar de aanmeldingspunten geen systematische opvolging voorzien van de doorverwezen cliënten. Bovendien geven de medewerkers aan dat ze onvoldoende tijd en/of mandaat hebben om deze opvolging te doen. In bepaalde gevallen wordt informatie betreffende de uitkomst van een doorverwijzing zelfs moeizaam doorgegeven, aangezien hulpverleners verwijzen naar de implicaties van het beroepsgeheim (cf. supra).

Externe hulpverleners vermelden wel dat ze weinig verschil bemerken op het vlak van deelname aan de behandeling of begeleiding tussen cliënten doorverwezen door de aanmeldingspunten en cliënten die zich vrijwillig aanmelden bij de hulpverleningsdienst. Een aantal hulpverleners merken wel op dat er in enkele gevallen minder motivatie wordt ervaren bij cliënten op het moment dat de hulpverlening effectief aanvat. Door het (lange) wachten tussen de beslissing tot hulpverlening, de aanmelding én de opstart van de behandeling of begeleiding, daalt de motivatie tot verandering soms gevoelig. Het "warm houden" van deze motivatie, door herhaaldelijke gesprekken met de medewerkers of een drughulpverleningsaanbod in de gevangenis, zou hieraan tegemoet kunnen komen.

## Referenties

- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct, 4th edition*. Cincinnati, OH: Anderson/LexiNexis.
- Andersen, S. N. & Skardhamar, T. (2015). Pick a Number. Mapping Recidivism Measures and Their Consequences. *Crime & Delinquency*, Oslo, Statistics Norway.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence-based adult corrections programs: What works and what does not*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Benazeth, V. (2015). Stephen Farrall, Ben Hunter, Gilly Sharpe, Adam Calverley, Criminal careers in transition, The social context of Desistance from crime. *Champ pénal/Penal field*, Vol. XII.
- Bertrand, M. & Clinaz, S. (2015). L'offre de services faites aux personnes détenues dans les établissements pénitentiaires wallons et bruxellois. Analyse 2013-2014, CAAP, Bruxelles.
- Ferland, F., Blanchette-Martin, N., Arseneault, C., Desbiens, C. & Émond, N. (2013). *Programme toxico-justice: Le département spécialisé en toxicomanie en milieu carcéral*. In C. Plourde, M. Landry, M. Laventure & C. Arseneault (Éds), *Sortir des sentiers battus: pratiques prometteuses auprès d'adultes dépendants*. Québec: Presses de l'Université Laval, 211-227.
- Holloway, K., Bennett, T. & Farrington, D. P. (2005). *The effectiveness of criminal justice and treatment programmes in reducing drug-related crime: a systematic review*. Research Development and Statistics Directorate, Home Office.
- Jonckheere, A. (2013). *(Dés) équilibres: l'informatisation du travail social en justice*. Primento.
- Kazemian, L. (2013). " Que sait-on des facteurs qui préconisent la récidive ? ", *Conférence de consensus sur la prévention de la récidive*, Paris.
- Lewis, S., Vennard, J., Maguire, M., Raynor, P., Vanstone, M., Raybould, S. & Rix, A. (2003). *The resettlement of short-term prisoners: an evaluation of seven Pathfinders*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Lipsey, M. W. & Cullent, F. T. (2007). The effectiveness of correctional rehabilitation: A review of systematic reviews. *Annual Review of Law and Social Science*, 3, 297-320.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- Maguire, M. & Raynor, P. (1997). The revival of throughcare: rhetoric and reality in automatic conditional release. *British Journal of Criminology*, 37(1), 1-14.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods*, 3 edition. Thousand Oaks, CA: Sage.

## DEEL II: RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK

- Paylor, I. & Harman, K. (2004). Throughcare for drug using prisoners in Britain: a clinical report. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40(1-2), 61-83.
- Powis, B., Walton, C. & Randhawa, K. (2014). Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. *London: Ministry of Justice*.
- Service Public Fédéral Justice (2012). *Direction générale des établissements pénitentiaires, Rapport annuel 2011*.
- Service Public Fédéral Justice (2013). *Direction générale des établissements pénitentiaires, Rapport annuel 2012*.
- Suri, H. (2011). Purposeful sampling in qualitative research synthesis. *Qualitative Research Journal*, 11(2), 63-75.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S. & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.
- Winterfield, L. & Castro, J. (2005). Returning home Illinois policy brief: Treatment matching. Washington DC: The Urban Institute.
- Woodall, J. (2012). Social and environmental factors influencing in-prison drug use. *Health Education*, 112(1), 31-46.



## Hoofdstuk 5      Haalbaarheidsstudie implementatie kortdurend groepsprogramma 'DRUGS de baas?!'

*Elke Cole, Stijn Vandevelde, Freya Vander Laenen,  
Wouter Vanderplasschen & Lies Deckers*

### 5.1. Inleiding

De opdracht van de aanmeldingspunten richt zich op (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Echter, in de realiteit krijgt de tweede doelstelling een beperkte invulling. Wegens tijdsgebrek dienen de medewerkers zich voornamelijk te richten op het verschaffen van informatie en het doorverwijzen naar de hulpverlening (cf. supra, hoofdstuk 4).

Teneinde te kunnen onderzoeken op welke manier (meer) aan de tweede doelstelling zou kunnen worden tegemoet gekomen, focuste dit werkpakket op de ontwikkeling en implementatie van een pilootproject van een motivatiebevorderend kortdurend groepsprogramma voor gedetineerden met een drugprobleem (WP5).

Om de implementatie en evaluatie van het project zo onafhankelijk mogelijk te kunnen evalueren werd een 'onderhandelingsprocedure zonder bekendmaking, op basis van artikel 26, § 1, 1° a) van de wet van 15 juni 2006' uitgeschreven. Hierbij werden negen Nederlands- en Franstalige hulpverleningsorganisaties<sup>129</sup> aangeschreven met de vraag een offerte in te dienen met betrekking tot de organisatie van een groepsgericht kortdurend programma ter motivatie van gedetineerden met een drugprobleem in de gevangenis.

Na selectie<sup>130</sup> werd de opdracht aan De Kiem vzw gegund<sup>131</sup>. Er werd gekozen voor 'DRUGS de baas?!' als naam voor het kortdurende programma<sup>132</sup>.

### 5.2. Methodologie

Dit werkpakket bestond uit twee delen. In eerste instantie werd een kortdurend motivatiebevorderend groepsprogramma geïmplementeerd en daarna werd de haalbaarheid van deze implementatie afgetoetst.

Voor de start van het kortdurende programma werd aan de hand van kwalitatieve interviews bij alle startende deelnemers (n= 18<sup>133</sup>, acht personen uit de voormiddaggroep en tien personen uit de namiddaggroep) gepolst naar de verwachtingen van het programma. Op basis van de topiclijst uit werkpakket 3 werd een interviewleidraad opgesteld en werden de verwachtingen van 'DRUGS de baas?!' bevraagd. Interviews werden digitaal opgenomen en letterlijk uitgeschreven. Op basis van de transcripten werd een thematische analyse uitgevoerd.

---

<sup>129</sup> De Kiem, CGG Eclips, De Sleutel, CAD Limburg, De Rode Antraciet, Trampoline, Modus Vivendi, Fedito Bruxelles, Fedito Wallonne. Deze laatste twee zouden het bestek verder verspreiden binnen het hun netwerk.

<sup>130</sup> Volgende diensten stuurden een offerte in: CAD Limburg samen met Katarsis, CGG Eclips, CGG Kempen, De Kiem, De Sleutel, L'ambulatorio Forest en Trampoline.

<sup>131</sup> Leden van de selectiecommissie: Prof. Dr. Freya Vander Laenen, Prof. Dr. Wouter Vanderplasschen, Christel Defever (FOD Justitie), Kurt Doms (FOD Volksgezondheid).

<sup>132</sup> De Kiem vzw is eigenaar van de intellectuele eigendomsrechten van het programma. In het kader van de verdere inzetbaarheid van het 'DRUGS de baas?!' programma kunnen geïnteresseerde partijen contact opnemen met De Kiem vzw, waar het volledig uitgewerkte programma te raadplegen is. Gezamenlijke afspraken kunnen met de verantwoordelijken opgesteld worden om de verdere verspreiding van het programma vorm te geven.

<sup>133</sup> 20 kandidaat-deelnemers werden geselecteerd, maar slechts 18 gedetineerden zijn gestart. Eén geselecteerde kandidaat kwam vrij voor de effectieve start van het programma. Een andere geselecteerde kandidaat, was afwezig tijdens sessies 1. Na een gesprek werd in onderling overleg beslist dat hij/zij niet zou deelnemen aan het programma.

Het tweede deel van dit werkpakket, de evaluatie van het pilootproject 'DRUGS de baas?!', is gebaseerd op een aantal indicatoren. Deze werden tijdens het programma geregistreerd, alsook op basis van kwalitatieve gegevens. De cijfergegevens werden zowel door het onderzoeksteam als door de begeleiding van 'DRUGS de baas?!' verzameld. De interviewleidraden werden opnieuw gebaseerd op de topiclijsten, die tevens in werkpakket 3 werden gebruikt. Kwalitatieve interviews met verschillende betrokken actoren (zie tabel 25) werden afgenomen na het afronden van het programma. De interviews werden, mits goedkeuring van de respondenten, digitaal opgenomen en nadien woordelijk uitgeschreven. Vervolgens werden ze thematisch geanalyseerd door middel van het softwareprogramma NVivo 11.

*Tabel 25: Steekproef van geïnterviewde actoren (n=21)*

Actoren	Respondenten
Personeel gevangenis	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medewerker CORT</li> <li>- Verpleegkundige medische dienst</li> <li>- Medewerker PSD</li> <li>- Directeur</li> <li>- Beleidscoördinator Samenleven en welzijn</li> </ul>
Hulpverlening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medewerker CAP</li> <li>- 2 begeleiders 'DRUGS de baas?!'</li> <li>- Stagiaire 'DRUGS de baas?!'</li> </ul>
Deelnemers	- 12 deelnemers <sup>134</sup>

### 5.3. Eerste fase: Implementatie

#### 5.3.1. Organisatie

'DRUGS de baas?!' werd ingericht van 28 september tot 6 november 2015 voor twee groepen in de gevangenis van Gent (een groep in de voormiddag van 09u30 tot 11u45 en een groep in de namiddag van 13u00 tot 15u00). Het programma bestond uit 17 vormingssessies van telkens 2 uur en een afsluitmoment, gespreid over een periode van 6 weken. Hieronder wordt een kort overzicht weergegeven van de verschillende sessies:

- een startsessie
- drie sessies rond productinformatie en schadebeperking
- één sessie rond hulpverlening
- twee sessies rond verandering
- vijf sessies rond terugvalpreventie
- twee sessies rond relaties
- twee sessies rond problemsolving
- één consolidatiesessie

Naast de groepsessies waren individuele gesprekken een essentieel onderdeel van het programma. Deze individuele gesprekken, zowel op vraag van de cliënt als op vraag van de begeleiding, hadden verschillende functies. Er diende tijdens deze gesprekken in eerst instantie aandacht uit te gaan naar de inhoud van bepaalde sessies. Cliënten die een sessie gemist hadden werden extra begeleid in een individueel contact en voor bepaalde cliënten was het noodzakelijk om individueel meer uitleg te krijgen in functie van de verwerking van de inhoud. Soms was het eveneens belangrijk om met de cliënt een gesprek te hebben over de zaken waarmee hij/zij op dat moment worstelde. Deze tweede

<sup>134</sup> 13 van de 18 deelnemers hebben het programma afgerond. Van één deelnemer kon echter geen interview worden afgenomen, omdat hij/zij kort na het afronden van het programma overgeplaatst werd naar een andere gevangenis.

gespreksworm was aangewezen om de aandacht tijdens de groepsessies te bevorderen. Door ruimte te maken om emoties te ventileren binnen het individuele luik, zaten deze gevoelens niet in de weg tijdens groepsessies. Een derde en laatste functie van de individuele gesprekken was het helpen bijwerken en opvolgen van het werkschrift van de gedetineerden. Hiertoe is het belangrijk en noodzakelijk om over begeleiders te kunnen beschikken met voldoende ervaring met betrekking tot drughulpverlening in een gevangeniscontext.

‘DRUGS de baas?!’ had vijf belangrijke doelstellingen. Het programma was erop gericht de motivatie van de gebruikers te verhogen om hun gebruik van alcohol en/of drugs in vraag te stellen. Daarnaast doelde de interventie op het geven van objectieve informatie over de risico’s van middelenmisbruik. Hierbij werd toegelicht hoe de schade bij (injecterend) gebruik of hoe het risico op een overdosis beperkt kan worden. Bovendien werd tijdens de vorming informatie over hulpverleningsmogelijkheden binnen en buiten de gevangenis voorgesteld. Het programma was ook gericht op het ondersteunen van deelnemers in het maken van keuzes gericht op de toekomst en op het versterken van vaardigheden om na de gevangenisstraf met toekomstige moeilijkheden om te gaan. Tot slot richtte één van de doelstellingen van het programma zich op het voorkomen van terugval in crimineel gedrag.

### **5.3.2. Voorbereidende taken**

In de aanloop naar de implementatie en start van een programma als ‘DRUGS de baas?!’ bleek heel wat voorbereidend werk noodzakelijk. In dit opzicht kan er een onderscheid gemaakt worden tussen activiteiten die éénmalig dienden te gebeuren en activiteiten die bij elke implementatie van het programma in een gevangenis noodzakelijk zijn.

#### **5.3.2.1. Eenmalige voorbereidende activiteiten**

In eerste instantie moet er duidelijkheid verkregen worden over de inhoud van het programma. In het kader hiervan is kennis en voldoende ervaring met betrekking tot drughulpverlening in een penitentiaire context essentieel. ‘DRUGS de baas?!’ is, met instemming van de ontwikkelaars, gebaseerd op het ‘Short Prison Programme’ van Phoenix Futures (Phoenix Futures, z.d.). Dit programma wordt reeds enige tijd in gevangenissen in het Verenigd Koninkrijk ingezet. Het is cognitief-gedragstherapeutisch van aard en richt zich op personen die binnen de zes maanden vrij zullen komen. Het is een intensief programma van een twintigtal sessies die over een periode van vier weken worden gespreid. De oorspronkelijk Engelstalige ‘*Program manual*’ werd, met toestemming van Phoenix Futures, door De Kiem vzw vertaald en verder aangepast aan de Vlaamse situatie. Hierbij werd ook aangepast materiaal (werkschrift, slides, ...) ontwikkeld, deels op basis van het werkschrift dat reeds verschillende jaren wordt gebruikt in het B.leave-project in het Penitentiair Landbouwcentrum van Ruiselede.

De handleiding voor de begeleiders van het programma ‘DRUGS de baas?!’ bevat per sessie de volgende zaken: het doel, de objectieven en de te behalen leerpunten van de sessie. Daarnaast worden de benodigdheden opgesomd en bevat de handleiding de werkschriftbladen van elke sessie. Het bevat tevens een stapsgewijze toelichting bij het geven van alle informatie en oefeningen, met vermelding van een aantal mogelijke valkuilen en opties.

Het werkschrift voor de gedetineerden bevat alle informatie en werkbladen per sessie en weekevaluatiebladen. Hierbij werd aandacht besteed aan accurate en up to date informatie, een aantrekkelijke en aangepaste vormgeving en een bevattelijk en aangepast taalgebruik.

### 5.3.2.2. Recurrente voorbereidende activiteiten

Indien 'DRUGS de baas?!' nogmaals of in andere gevangenissen zou worden geïmplementeerd, vraagt dit tevens specifieke voorbereidingen.

Overleg met en een draagvlak creëren bij de verschillende betrokken partners (gevangenisdirectie, PSD, stuurgroep drugs, ...) zijn essentiële voorwaarden bij de start en bredere uitrol van het programma. Noden en verwachtingen dienen te worden besproken, alsook inhouden en doelstellingen. Dit dient binnen een transparant kader vorm te krijgen. Bij de implementatie in de gevangenis te Gent was de bereidheid en het engagement van de directie al voor de start van het programma groot. Bij implementatie in andere gevangenissen moet er rekening mee gehouden worden dat de tijdsinvestering om een dergelijk draagvlak te creëren (daardoor zelfs mogelijk meer) tijd zal kosten. Naast de vermelde actoren werden mogelijke toeleiders naar 'DRUGS de baas?!', zoals JWW, de CAP-medewerker en de medische dienst, geïnformeerd over het aankomend project. Zij ontvingen een folder. Hierin stond zowel de inhoud van het programma beschreven, het tijdstip wanneer het zou doorgaan, alsook voor wie het programma toegankelijk was.

Daarnaast werden de gedetineerden aan de hand van promotiemateriaal op de hoogte gebracht van het programma. In voorbereiding op 'DRUGS de baas?!' in de gevangenis van Gent werd er voor gekozen om op drie verschillende momenten flyers te verspreiden onder alle gedetineerden in een periode van twee maanden voor de start van het programma (augustus – september 2015).

Voorafgaand aan het programma werden door de begeleiders 33 screeningsgesprekken<sup>135</sup> met potentiële kandidaten gevoerd. Sommige kandidaten werden (bij twijfel vanuit de begeleiding) gescreend tijdens meerdere gesprekken. De screeningsgesprekken fungeerden enerzijds als informatieverstrekkend kanaal, om nogmaals aan de gedetineerden uit te leggen wat ze konden verwachten van het programma. Anderzijds lag de focus op het selecteren van de meest geschikte kandidaten op basis van profiel en beschikbaarheid (cf. 5.3.2.3.). Sommige gedetineerden hadden immers werk in de gevangenis en konden daardoor niet deelnemen in de voormiddaggroep.

Naast het bekendmaken van het programma dient er bij de terugkerende activiteiten aandacht uit te gaan naar aanwezigheid en bereikbaarheid binnen de gevangensismuren. Als buitenstaander (persoon of programma) is het essentieel om voldoende bekend te worden. Een eenmalige voorstelling is hierbij onvoldoende. In dit opzicht zijn informele contacten belangrijk. De gevangeniscontext van binnenuit leren kennen en het gevangenispersoneel ook kennis laten nemen van het programma, zijn een grote meerwaarde om de interventie door het gevangenispersoneel te laten dragen en aldus de werking te optimaliseren.

Het werkschrift en de handleiding dienen, zoals reeds aangegeven, eenmalig te worden uitgewerkt. Toch varieert de inhoud afhankelijk van de specifieke context waarbinnen dit programma zal plaatsvinden en zijn aanpassingen hierbij noodzakelijk. Een programma in een arresthuis zal er anders uitzien dan hetzelfde programma in een strafhuis, waarbij in het eerste geval bijvoorbeeld veel sneller aandacht zal moeten uitgaan naar terugvalpreventie. Vraaggestuurd maatwerk leveren is dus essentieel. Ieder werkschrift dient te worden aangepast aan de lokale setting. Waar nodig dient de handleiding en het werkschrift te worden aangepast op basis van de eerste implementatie-ervaringen. Het is belangrijk dat het ontwikkelde vormingsprogramma niet zonder meer herhaald wordt, maar dat het programma verder wordt geoptimaliseerd. Ook het bekendmakingsmateriaal zal waar nodig dienen te worden aangepast.

Het uitwerken en aanbieden van 'DRUGS de baas?!' vereist de inzet van medewerkers met gedegen kennis van en expertise in drughulpverlening en ervaring met het werken binnen een penitentiaire

---

<sup>135</sup> 38 gedetineerden meldden zich aan, waarvan vijf gedetineerden geen screeningsgesprek hadden wegens vrijlating (n=3) of een transfer (n=2) voor de aanvang van de screeningsgesprekken.

context. Training en supervisie van de medewerkers is hierbij essentieel. Het begeleiden van dergelijke sessies is immers niet louter ‘les geven’ op basis van een handleiding. Het vergt vaardigheid en ervaring in motiverende gesprekstechnieken en in het omgaan met groepsdynamieken. Beide begeleiders van ‘DRUGS de baas?!’ hebben veel tijd geïnvesteerd in het samenstellen en aanpassen van het werkschrift en de handleiding (dit wordt geschat op ongeveer 200 werkuren per persoon). Het geven van de lessen (inclusief het afsluitmoment) vroeg van de begeleiding elk een engagement van 140 werkuren.

Daarnaast werd in dit pilootproject geopteerd om gastsprekers uit te nodigen. Het betrof hier een medewerker van ‘spuitenruil’ om de risico’s bij injecterend druggebruik toe te lichten, de CAP-medewerker van de gevangenis van Gent om het hulpverleningslandschap te verhelderen en de organisatieondersteuner van JWW om het concrete aanbod binnen de gevangenis toe te lichten.

### **5.3.2.3. Doelgroep ‘Drugs de baas?!’**

‘DRUGS de baas?!’ was gericht op gedetineerden met perspectief op vrijlating binnen de zes maanden<sup>136</sup>. De deelnemers dienden open te staan om hun alcohol- en/of druggebruik in vraag te stellen en engagement te tonen om een betere controle te verkrijgen over hun gebruik<sup>137</sup>. Het programma stond open voor zowel vrouwelijke als mannelijke beklaagden, definitief veroordeelden en geïnterneerden. De deelnemers dienden ook over de nodige (schrijf)vaardigheden en voldoende kennis van het Nederlands te beschikken. Dit laatste criterium kon tijdens de screeningsgesprekken worden nagegaan. Potentiële kandidaten konden door JWW, PSD, het CAP en directie worden aangemeld. Ook gedetineerden konden zichzelf inschrijven.

38 kandidaat-deelnemers hadden zich aangemeld en uiteindelijk hebben 22 gedetineerden minstens één sessie bijgewoond (cf. 5.4.1.). Op basis van een kennismakingsgesprek met 19 deelnemers<sup>138</sup>, kon er een profiel opgesteld worden van de deelnemers.<sup>139</sup> Om zicht te krijgen op deze indicatoren werd gebruik gemaakt van een licht aangepaste versie van het gestandaardiseerd intake-registratieformulier (cf. Hoofdstuk 2). Dit werd tevens door de medewerkers van de aanmeldingspunten gebruikt in kader van de registratie binnen werkpakket 4.

In totaal hebben 14 (74%) mannen en 5 (26%) vrouwen minstens één sessie bijgewoond. Enkel de voormiddaggroep was een gemengde groep, met zowel mannelijke als vrouwelijke deelnemers. De namiddaggroep bestond enkel uit mannelijke gedetineerden. De jongste deelnemer was 20 jaar en de oudste was 37 jaar oud (gemiddelde leeftijd: 31jaar). Verder hadden alle deelnemers de Belgische nationaliteit. Vijf (26%) deelnemers zaten in voorhechtenis, 11 (58%) deelnemers waren definitief veroordeeld en 3 (16%) deelnemers hadden een interneringsstatuut. Tenslotte werd ook het hoofdproduct van de deelnemers in kaart gebracht. Bij 6 (32%) deelnemers was speed het hoofdproduct, 6 (32%) deelnemers gaven aan dat voor hen heroïne het hoofdproduct was, bij 3 (16%) deelnemers werd alcohol als hoofdproduct opgegeven, bij 2 (10%) deelnemers was dit cannabis en bij 2 (10%) deelnemers vormde cocaïne het hoofdproduct.

### **5.3.2.4. Verwachtingen en doelstellingen volgens de deelnemers**

Bij het bevragen van de participanten werd gefocust op (1) de manier waarop de deelnemers ‘DRUGS de baas?!’ hadden leren kennen, (2) hoe ze voor aanvang van het programma ‘DRUGS de baas?!’ zouden omschrijven, (3) welke verwachtingen ze hadden ten aanzien van de sessies en (4) wat voor

---

<sup>136</sup> Gedetineerden die langer in detentie moesten blijven, konden zich wel kandidaat stellen. Zij mochten, indien er sprake was van een geschikt profiel en indien er plaatsen vrij bleven, aansluiten bij de groep.

<sup>137</sup> Abstinentie werd bij ‘DRUGS de baas?!’ niet nagestreefd.

<sup>138</sup> Kennismakingsgesprekken gingen door met een onderzoeker en zijn dus niet te verwarren met screeningsgesprekken gevoerd door de lesgevers.

<sup>139</sup> Drie deelnemers vielen reeds uit voor het kennismakingsgesprek en werden dus buiten beschouwing gelaten.

de deelnemers de motivatie was om zich in te schrijven voor 'DRUGS de baas?!'. Hieronder wordt op elk van deze onderdelen dieper ingegaan.

#### **5.3.2.4.1. Kennismaking 'DRUGS de baas?!'**

De begeleiding van 'DRUGS de baas?!' heeft in het kader van de bekendmaking van het programma de nodige aandacht besteed aan promotiemateriaal. In de aanloop naar het programma werd ervoor gekozen om affiches te verspreiden en drie maal flyers uit te delen onder alle gedetineerden.

*"Ik heb gewoon een folder onder mijn deur gekregen en ik was geïnteresseerd en ik heb een briefje geschreven en ben op intake gegaan." (Deelnemer)*

Ook directie, celgenoten, PSD-medewerkers of CAP-medewerker van de gevangenis van Gent hebben gedetineerden naar het programma 'DRUGS de baas?!' doorverwezen.

#### **5.3.2.4.2. Omschrijving 'DRUGS de baas?!'**

Deelnemers bleken voor de aanvang van het programma over het algemeen te kunnen aangeven waar 'DRUGS de baas?!' voor staat en wat de sessies zouden inhouden, op basis van de folders en/of het intakegesprek.

*"Ik denk een stuk hervulpreventie. (...) In eerste instantie kijken wat uw probleem is, wat dat ge eraan kunt doen, hierbinnen dan al. Welke opties dat er zijn om eventueel naar buiten toe te werken. En ik denk ook informatief, rond ja, ziektes en rond, ..., beschadigingen oplossen. En ook een beetje motiverend werken zeker." (Deelnemer)*

#### **5.3.2.4.3. Verwachtingen 'DRUGS de baas?!'**

Een deel van de participanten kon moeilijk omschrijven wat ze verwachten van het programma. Andere deelnemers konden de inhoud van het programma wel op zichzelf betrekken en zodoende verwachtingen formuleren.

*"Wat dat ik verwacht van het programma is tips voor het haalbaar te maken. Ik kan niet verwachten van dat ze mij gaan doen stoppen. Dat ligt aan mijn eigen... Dat ik daar tips kan uithalen van wat kan ik nu doen met stressmomenten, wat zijn mijn triggers, wanneer grijp ik ernaar. Dat wil ik kunnen, dat ik het eigenlijk een stap voor ben. Een stap voor, voordat ik ernaar grijp." (Deelnemer)*

#### **5.3.2.4.4. Motivatie voor 'DRUGS de baas?!'**

De motivatie om deel te nemen aan het programma is zeer verscheiden. De drie belangrijkste redenen zijn: het goed willen doen voor familie, het programma zien als een eerste stap in de richting van een drugvrij leven, en het programma willen doen omwille van de mogelijkheid tot vervroegde vrijlating.

Familie blijkt voor heel wat deelnemers een belangrijke motivatie te zijn.

*"Ik heb twee kinderen. Ik wil clean geraken. Ik wil echt clean geraken, ik wil er vanaf. Mijn vriend ook, wij gaan trouwen, wij willen echt een normaal gezin kunnen leiden." (Deelnemer)*

Een aantal participanten zien het als een eerste stap in hun hulpverleningstraject om volledig clean te worden. Sommige andere deelnemers geven aan dat ze willen deelnemen aan 'DRUGS de baas?!' met het oog op de mogelijkheid van vroeger vrij te komen.

*"Ik heb daarmee goeie punten om daarmee buiten te geraken hé." (Deelnemer)*

Een laatste deel van de participanten geeft nog diverse andere redenen weer. Zo zegt een participant dat het verplicht was van de PSD en een andere deelnemer zegt dat hij deelnam om “eens uit de cel te zijn”.

## **5.4. Tweede fase: Procesevaluatie door alle betrokkenen**

In dit deel wordt dieper ingegaan op de bevindingen van de verschillende betrokken actoren met betrekking tot het pilootproject. Er wordt gestart met de visie en bedenkingen over de groepssamenstelling. Vervolgens wordt de inhoud van het programma besproken, alsook de rol van het gevangenisleven op ‘DRUGS de baas?!’. Het laatste deel gaat in op de algemene perceptie van het programma.

### **5.4.1. Groepssamenstelling**

De diversiteit van de deelnemersgroep (naar persoonlijkheidsprofiel, juridisch statuut, niveau van motivatie...) heeft als gevolg dat de groep deelnemers, volgens de begeleiders van ‘DRUGS de baas?!’, niet te groot mag zijn. De ervaring van de begeleiding met groeps sessies in een penitentiaire context wijst uit dat een groepsgrootte van 8 deelnemers werkbaar is. Gezien het risico op drop out kan dit tot 10 (of maximaal 12) deelnemers worden verhoogd. Een grotere groep is niet werkbaar.

*“Onze ervaring is, ideaal is acht personen. We hebben het in B.leave soms al met negen geprobeerd en daar zijn we al een keer van teruggekeerd op acht. Dus tien was hoog gemikt, maar we hebben dat bewust gedaan omdat we ook wel dachten van er zullen er wel afvallen of ze zullen er ook niet altijd allemaal aanwezig zijn.” (Begeleider)*

De participanten delen over het algemeen deze mening. De grootte van de groep werd door de meerderheid van de deelnemers omschreven als “groot genoeg, het hoeft zeker niet groter te zijn”. Slechts één deelnemer wou liever dat er gewerkt werd met een grotere groep.

De voormiddaggroep was een gemengde groep van mannen en vrouwen. Er werd dan ook nagegaan hoe de deelnemers hier tegenover stonden. De deelnemers gaven aan dat ze geen problemen ondervonden hadden omwille van de gemengde groep. Ook de begeleiding zou opnieuw opteren voor gemengde groepen, al leidde dit ook tot een aantal uitdagingen. Zo zijn er koppels ontstaan tijdens de sessies en was het zoeken hoe men hiermee kon omgaan. De aanwezigheid van vrouwen in de groep gaf tevens een andere dynamiek.

*“We hebben dat uiteindelijk geprobeerd, en ge ziet dat dat complex is en specifieke dynamieken geeft. Zouden we dat in de toekomst niet meer doen? Ik weet dat niet, misschien wel. Dus onze evaluatie is niet van: we zouden niet met gemengde groepen doen of zo. Want volgens mij krijgt ge nooit een volledige vrouwengroep, als het in de gevangenis van Gent (is), krijgt ge nooit een volledige vrouwengroep vol. Dus ja, zou ik wel kiezen voor gemengde groepen.” (Begeleider)*

In de namiddaggroep was één deelnemer aanwezig met uitsluitend een alcoholproblematiek. Door deze persoon werd aangegeven dat er te weinig onderwerpen aan bod kwamen rond het thema ‘alcoholgebruik en -misbruik’. Opvallend was dat twee deelnemers uit de namiddaggroep vermeldden dat deze persoon volgens hen niet “echt op zijn plaats zat” in de groep. Volgens hen bestond nu de kans dat de persoon zijn nieuwsgierigheid was gewekt en dat hij in de toekomst misschien naar illegale middelen zou grijpen in plaats van naar alcohol.

*“Er zat iemand bij die echt niks over drugs kende en ik vrees een beetje dat die man zijn nieuwsgierigheid gewekt is naar drugs. Ik vrees dat hij nu dat hij buiten gaat komen dat hij niet gaat zeggen: ik ga een pint gaan drinken maar misschien een jointje gaat roken, wat kan leiden tot...” (Deelnemer)*

Een bevroegde medewerker van de PSD beaamt dat de deelnemer met een alcoholproblematiek zich niet op zijn plek voelde.

Twee deelnemers hadden hierbij aansluitend als suggestie, ter verbetering van ‘DRUGS de baas?!’, om meer rond alcohol te werken tijdens de sessies. De deelnemer met uitsluitend een alcoholproblematiek ging nog een stapje verder en stelde voor om in de toekomst een afzonderlijk programma rond alcoholgebruik en -misbruik te organiseren.

Naast de tevredenheid omtrent de samenstelling van de groep was het subthema ‘wisselende groep’ (door drop-out) een thema dat voor wat ongenoegen zorgde. Drop-out wordt hieronder kort uitgewerkt.

#### **5.4.1.1. Drop-out**

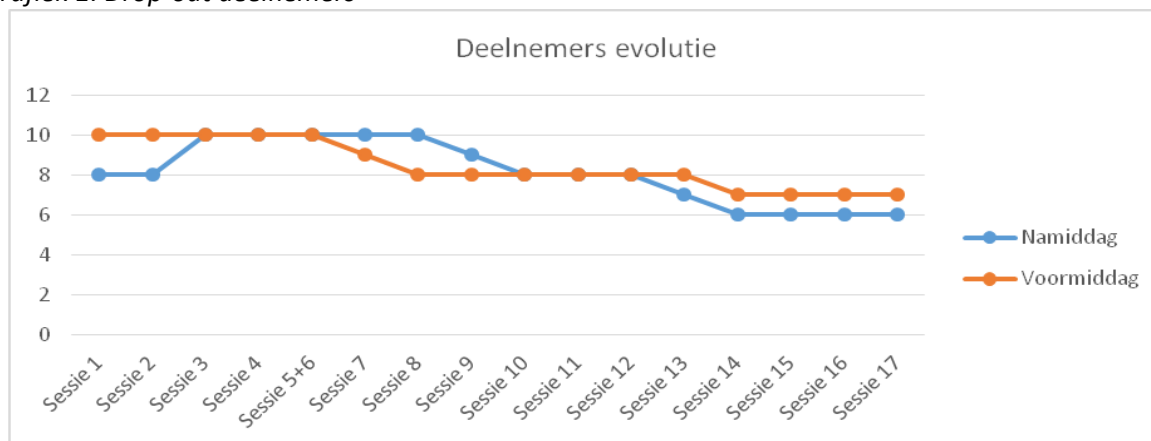
Tijdens de eerste week van ‘DRUGS de baas?!’ was de groep erg wisselend. De voormiddaggroep is met 8 deelnemers gestart en de namiddaggroep met 10. Tijdens de eerste week, in sessie 3, vielen bovendien nog 2 deelnemers uit. Hierdoor konden in totaal 4 nieuwe deelnemers in de eerste week starten. Na de eerste week werd door de begeleiding beslist om geen nieuwe mensen toe te laten, indien er sprake zou zijn van drop-out. Naar veiligheid en vertrouwen in de groep toe was dit volgens hen belangrijk. Twee deelnemers konden dit beamen en gaven aan dat ze deze wisselende groep als onveilig zouden hebben ervaren. Ze waren dan ook tevreden over de beslissing van de begeleiding om geen nieuwe mensen meer toe te laten na de eerste week.

*“De eerste week vond ik vooral die kwam, die ging weg, die kwam bij, die ging weer weg. Dat heb ik ook gezegd na de derde sessie van het gaat hier toch geen duivenkot zijn, alle weken een nieuwe en dat is dan gestopt geweest. Dat was goed (...) Tuurlijk om iets te durven zeggen want wie weet vertelt ge vandaag iets en morgen komt die niet meer, maar op de wandeling gaat hij wel gaan vertellen wat hij gehoord heeft.” (Deelnemer)*

Grafiek 1 geeft een overzicht van het aantal deelnemers per sessie voor zowel de voormiddag- als de namiddaggroep. Vanaf sessie 3 (na de eerste week) werden, zoals aangegeven, geen nieuwe groepsleden meer toegelaten. In totaal hebben 22 deelnemers minstens 1 sessie bijgewoond. 13 deelnemers hebben het programma afgerond. 9 gedetineerden haakten af (zie grafiek 1). De redenen waarom deelnemers afhaakten, waren enerzijds voornamelijk persoonsgebonden: te lage draagkracht, gebrek aan motivatie, liever willen werken dan naar de vorming komen,... (n= 5). Anderzijds waren deze redenen gebonden aan de juridische context: op transfer, vrijlating (n= 4). Redenen voor drop-out waren dus niet (expliciet) programma-gebonden. Voor het definitief terugtrekken uit het programma werd steeds een individueel gesprek georganiseerd. Om de redenen van drop-out gebonden aan de gevangeniscontext te beperken werd met de gevangenisdirectie overeengekomen dat geplande transfers van deelnemers werden uitgesteld tot na het programma.



Grafiek 1: Drop-out deelnemers<sup>140</sup>



‘DRUGS de baas?!’ heeft geen ‘vrijblijvend’ karakter. Cliënten worden, eenmaal ze zich hebben aangemeld, verwacht om in alle sessies aanwezig te zijn. Tijdens het pilootproject in de gevangenis van Gent bleek dit evenwel niet vanzelfsprekend. Begeleiders hebben vaak en veel energie moeten investeren in het aanklappend werken via individuele gesprekken met de participanten. Volgens de lesgevers van ‘DRUGS de baas?!’ is de aanwezigheid van twee begeleiders tijdens een dergelijk programma dan ook essentieel.

*“Ik moet zeggen dat wij heel, heel veel energie gestoken hebben in aanklappend werken om mensen er in te houden (...) Dat was een beetje tegen de cultuur in. Dat hebben we toch wel gevoeld, hé. Vormingen en cursussen gaan daar door als mensen weigeren of ze gaan op wandeling of ze zeggen ik heb bezoek, dan is dat zo en er is geen haan die daar naar kraait hé. Wij, onze haan heeft daar wel naar gekraaid. Ik kreeg op een bepaald moment letterlijk de reactie van de gedetineerden dat hij zei van: allé, studeer nu aan mijn cel omdat ik niet in de les was. Dat heb ik nu nog nooit geweten. Want wij deden dat dus wel. Dus iedere keer als iemand afwezig was. Vandaar dat ook dat het heel belangrijk is dat je met twee bent. Eén iemand geeft de les en de andere doet individuele gesprekken hé. Is het niet in een lokaaltje, het is aan zijn celdeur of en-passant in de gang.” (Begeleider)*

Naast drop-out, waren er regelmatig gedetineerden afwezig tijdens één of meerdere sessies. Oorspronkelijk was met de deelnemers afgesproken dat er na twee aaneensluitende afwezigheden of bij drie afwezigheden in totaal, beslist zou worden dat het programma voor de desbetreffende gedetineerde zou stoppen. Dit werd echter aangepast omdat bleek dat deelnemers soms zelf geen verantwoordelijkheid hadden in hun afwezigheid. Redenen voor afwezigheden konden enerzijds te maken hebben met de gevangeniscontext: de deelnemer zat ‘op strikt’<sup>141</sup>, de deelnemer moest naar het gerechtshof, de deelnemer had een tuchtprocedure lopen,... Anderzijds konden afwezigheden verklaard worden door de keuze van de deelnemer zelf: de deelnemer was op de wandeling, de deelnemer wilde niet uit zijn/haar bed komen, de deelnemer had bezoek. Van de 13 mensen die het programma hebben afgerond heeft één deelnemer aan alle sessies deelgenomen, heeft één deelnemer 5 lessen gemist en hebben de overige deelnemers telkens tussen 1 en 3 sessies gemist. Ook gedeeltelijke afwezigheden kwamen regelmatig voor. Deelnemers waren in deze gevallen geen volledige sessie aanwezig. Van de 13 deelnemers die ‘DRUGS de baas?!’ hebben afgerond, heeft de persoon die nooit afwezig was, geen enkele sessie volledig bijgewoond. Vier deelnemers die niet op elke sessie aanwezig waren, waren wel bij elk van deze sessies volledig aanwezig. Redenen voor deze

<sup>140</sup> Sessie 5 en 6 werden samen gegeven, aangezien er op de dag van sessie 5 staking was en deze les dus diende te worden ingehaald.

<sup>141</sup> Met de gevangenisdirectie werd afgesproken dat gedetineerden op strikt, alsnog mochten deelnemen aan de sessies van ‘DRUGS de baas?!’.

gedeeltelijke afwezigheid waren onder andere: overleg met de advocaat, gesprek met JWW, afspraak met de dokter,... Deelnemers mochten na dit oponthoud wel steeds opnieuw aansluiten. Alle gevangenisdiensten werden voor aanvang van het programma ingelicht over het programma en werden gevraagd geen deelnemers op te roepen tijdens de sessies. De begeleiding van 'DRUGS de baas?!' beseft dat in kader hiervan het niet ongewoon is dat er hier niet steeds rekening mee gehouden werd.

*“Ge kunt ook niet verwachten dat als ge daar met een nieuw project zit, dat iedereen dat direct weet en er rekening mee houdt. Hé ja, dat mag je niet verwachten” (Begeleiding)*

Dit geeft nogmaals het belang weer van de noodzaak van een gedragen klimaat en voldoende bekendheid (cf. supra 5.3.2.4.) om een vlotte werking van een programma als 'DRUGS de baas?!' te kunnen garanderen.

Zowel in de voormiddagssessie als bij de namiddagssessie is er nooit tijdig gestart kunnen worden met de sessie. Dit heeft vooral te maken met de impact van de gevangeniscontext. Deelnemers moeten worden opgeroepen en dit kan soms even duren als er bijvoorbeeld net op dat moment appèl is.

## **5.4.2. Programma**

Tijdens het kwalitatieve interview werd er aan de deelnemers gevraagd om hun tevredenheid omtrent het programma uit te drukken op een schaal van 0 tot 10. Deze scores varieerden van 6,5/10 tot 9/10, met een gemiddelde score van 7,7/10. Over het algemeen waren de deelnemers dus tevreden over het programma. Deze tevredenheid weerspiegelde zich ook in de vraag “zou u medegedetineerden aanraden om deel te nemen aan het programma?” die door iedereen positief werd beantwoord.

### **5.4.2.1. Groepssessies**

Over het algemeen waren de deelnemers tevreden over de inhoud van het programma, ondanks het gegeven dat de meerderheid van de deelnemers aangaf dat een aantal onderwerpen niet nieuw waren. Dit werd per definitie niet als negatief beschouwd door de deelnemers. Velen zagen dit immers als een opfrissing. Eén deelnemer gaf aan dat er niets was blijven hangen, voor hem ging het te snel.

Bij de vragen: “Wat heb je geleerd uit de verschillende sessies?” en “Wat vond jij de meest zinvolle sessie?” zijn de antwoorden van de deelnemers zeer uiteenlopend, gaande van het herkennen van hoge risico situaties naar EHBO tot de cirkel van verandering. Opvallend was dat de meerderheid van de deelnemers verwees naar de sessie van ‘spuitenruil’ bij het beantwoorden van deze vragen.

De andere bevraagde actoren (gevangenispersoneel en hulpverleners) zijn over het algemeen ook positief over de inhoud van het programma. Een medewerker van het Coördinatieteam hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (CORT) geeft aan dat 'DRUGS de baas?!' een goede insteek heeft. Focussen op clean zijn heeft volgens hem weinig zin, aangezien er toch illegale drugs aanwezig zijn in de gevangenis. Het informatieverstrekken luik, zowel over producten en veilig gebruik als over hulpverlening, is volgens hem essentieel. Ook de begeleiding van 'DRUGS de baas?!' was tevreden over de sessies, al zouden ze hier en daar kleine aanpassingen aanbrengen in de volgorde van de thema's om deze beter op elkaar te laten aansluiten. De terugvalketen werd volgens het Phoenix Futures model aangebracht, beginnende van terugval naar herval naar craving naar triggers naar hoge risicosituaties (Phoenix Futures, z.d.). De begeleiding zou dit de volgende keer andersom willen voorstellen, omdat dit ook de chronologische weg naar herval is.

Voor het merendeel van de deelnemers mocht het programma langer duren. De deelnemers hadden immers het gevoel dat het snel moest gaan en dat er geen ruimte was om van het programma af te wijken. Een andere reden die door twee deelnemers werd aangehaald was dat ze drie keer per week over hun drugprobleem praten “te veel vonden”. Twee deelnemers gaven aan dat (drie maal per week) spreken over drugs zin gaf om te gebruiken. Beiden gaven meteen ook aan dat ze aan de verleiding hadden kunnen weerstaan, maar dat dit niet gemakkelijk was aangezien illegale drugs beschikbaar zijn in de gevangenis (bijvoorbeeld op de wandeling). Eén van deze twee participanten gaf zelfs aan dat hij/zij de tevredenheidsscore over het programma met twee punten zou verhogen, mocht hetzelfde programma gegeven worden in een gevangenis met een drugvrije afdeling. Gelukkig kon er wel openlijk tijdens de sessies gesproken worden over deze drang en beaamden de andere deelnemers dit gevoel.

*“Ja dat is wel besproken geweest. Ik heb dat zeker gezegd en er waren veel mensen die dat ook zo ervaren, ja dat door die lessen de craving er naar toe, dat dat ja, dat je er anders niet meer aan dacht hé want ik heb er echt lang niet meer aan gedacht. En toch ja, door die lessen stond ik er bij stil van ‘doeme’ ik heb nu (een) keer echt zin om te gebruiken, maar ja.” (Deelnemer)*

De overige deelnemers vonden de spreiding van de sessies goed. Ook over de duur van de sessies waren de deelnemers tevreden. Rond de duur en de intensiteit van het programma en de sessies zijn de meningen erg verdeeld bij de andere groepen respondenten. Sommigen geven aan dat zowel het aantal sessies als de duur van het programma perfect was, anderen hadden liever dat het programma langer zou duren dan zes weken. Er werd door sommigen gezegd dat ‘DRUGS de baas?!’ een te intensief programma is, terwijl anderen net aanhaalden dat hoe meer sessies per week er zijn, hoe meer kans er is dat de informatie uit de lessen blijft hangen.

*“Ik heb daar geen, in elk geval geen kritiek op gehoord. En ik kan mij voorstellen dat wil het echt doordringen, als je dat bijvoorbeeld maar één keer in de week gaat doen, dan is dat wat er de vorige week gezegd is, vergeten is, denk ik vaak. En anderzijds elke dag gaat voor andere veel te intensief zijn, dus ik denk in principe dat dat wel een goede formule was.” (Directie)*

#### **5.4.2.2. Individuele gesprekken**

Tijdens de vorming werden er door de begeleiders van ‘DRUGS de baas?!’ 78 individuele gesprekken gevoerd met de deelnemers, met als doel hen te motiveren en te ondersteunen en (na afwezigheid) het werkschrift bij te werken. Daarnaast waren er nog herinneringen aan de celdeur om de afwezige deelnemers te motiveren alsnog aan te sluiten (cf. 5.4.1.1.) of vonden er korte motiverende gesprekken aan de celdeur of in de wandelgang plaats. Er werden ook een aantal gesprekken geweigerd<sup>142</sup> door de deelnemers.

Gemiddeld gezien hadden deelnemers die het programma hadden afgerond vier gesprekken (variërend van 2 tot 6 gesprekken) en deelnemers die het programma niet hadden afgerond drie gesprekken (variërend van 1 tot 8 gesprekken) met een begeleider van ‘DRUGS de baas?!’<sup>143</sup>.

Enkele deelnemers die na het programma werden bevraagd, gaven aan dat ze het jammer vonden dat ze zo weinig individuele gesprekken hadden. De begeleiding van ‘DRUGS de baas?!’ geeft hierbij aansluitend toe dat er meer aandacht is gegaan naar mensen die het moeilijker hadden.

---

<sup>142</sup> Deze werden niet geregistreerd.

<sup>143</sup> Eén van deze deelnemers had geen gesprek. Deze persoon is reeds in week één van het programma op transfer gegaan en werd daarom niet in rekening gebracht.

*“Meer aandacht hebben voor positieve deelnemers. Dat is ook iets dat we meenemen binnen onze evaluatie omdat je uiteindelijk toch wel merkt, dat als je aanklappend werkt dat je soms wat te veel bezig bent met mensen die problemen stellen, die er niet altijd zijn. En die die het dan goed doen, krijgen soms te weinig aandacht.” (Begeleider)*

#### **5.4.2.3. Rol van het gevangenisleven**

Zoals reeds aangegeven, ondervindt het implementeren van een programma als ‘DRUGS de baas?!’ invloed van de gevangeniscontext. Deze context beïnvloedt het verloop van het programma, zoals het tijdig starten of de aan- en afwezigheden. Daarnaast worden de deelnemers beïnvloed in functie van het openlijk durven spreken in de groep.

In kader van dit thema wordt er een onderscheid gemaakt tussen de deelnemers uit de voormiddaggroep en de deelnemers uit de namiddaggroep, gezien de rol van het gevangenisleven varieert naargelang het moment waarop de sessies plaatsvonden.

De meerderheid van de deelnemers van de voormiddaggroep was tevreden met het moment waarop de sessies plaatsvonden en ondervond geen interferentie met het gevangenisleven. Eén van de deelnemers kon door het kortdurend programma tijdelijk 's morgens niet gaan werken, maar hij/zij werkte ook in de namiddag. Als hij/zij mocht kiezen tussen de voormiddag-of namiddaggroep ging de voorkeur uit naar de voormiddag. Twee andere deelnemers hadden liever aan de namiddaggroep deelgenomen. Als reden gaven ze aan dat ze geen ochtendmensen waren en dat hun dag langer duurde door het volgen van het programma.

Het volgen van het kortdurende programma in de namiddag interfereerde met het gevangenisleven van de deelnemers. Deelnemers die 's morgens gingen werken misten door hun deelname aan het programma hun wandeling in de namiddag. Eén deelnemer heeft zelfs zijn/haar werk tijdelijk opgegeven zodat hij/zij 's morgens kon gaan wandelen. Het missen van de wandeling was bovendien ook één van de redenen waarom een deelnemer had besloten om te stoppen met het volgen van het programma (drop-out).

*“Dat is soms wel ambetant als ge, als ge gaat werken, maar dan ja, wilde dat ook, ja proberen te begrijpen dat ze dat niet in de voormiddag kunnen doen, mijn werk, maar ja soms zijt ge uw wandeling kwijt en dat is wel ambetant” (Deelnemer)*

Ook de bezoeken interfereerden soms met het programma.

*“Ik ga eerlijk zeggen dat is heel moeilijk om je bezoek aan te passen. Waarom? Die mensen buiten hebben ook andere dingen te doen dan gewoon heel de dag te wachten voor op bezoek te komen. Het is niet dat ze er, er zijn mensen die gaan werken, er zijn mensen die anders geen tijd hebben om te komen en ja wij hebben ook graag bezoek hé, dat kunnen ze ons niet kwalijk nemen dat we bezoek hebben tijdens dat die uren.” (Deelnemer)*

Daarnaast merkte het gevangenispersoneel (cf. tabel 25: steekproef) op dat het regime binnen de gevangenis soms voor moeilijkheden zorgt. Deelnemers dienden in een aantal gevallen werk of bezoek op te geven omwille van hun deelname aan ‘DRUGS de baas?!’.

Zowel een medewerker van de PSD als de directie gaven ook aan dat mensen met een gelijkaardig probleem samen zetten, kan leiden tot “negatieve besmetting” en dat zo ook de impact van het gevangenisleven duidelijk wordt.

*“Je zit altijd met het probleem dat je dan mensen met een gelijkaardige problematiek samen steekt. Wat dat het risico vergroot natuurlijk dat ze dikwijls ook in negatieve zin door mekaar beïnvloed worden. Maar ik denk niet dat dat hier binnen anders is dan buiten de gevangenis.” (Directie)*

### 5.4.3. Ervaringen met het programma

Alle respondenten werden bevraagd naar de sterktes van 'DRUGS de baas?!', alsook naar knelpunten en aanbevelingen voor de toekomst. Gelijkaardige thema's kwamen bij de verschillende groepen respondenten terug.

#### 5.4.3.1. Sterktes

##### *Deelnemers*

Het kunnen delen van ervaringen en het krijgen van tips rond hoe men kan omgaan met de drang om te gebruiken is één van de sterktes van het programma, volgens de deelnemers. Zij vonden het belangrijk dat ze enerzijds hun verhaal kwijt konden in de groep en samen konden nadenken over mogelijke oplossingen en anderzijds dat ze konden leren uit de verhalen van anderen.

*"Ik heb ook geleerd van andere mensen, gehoord van andere mensen, tips gekregen, ja... dat is ook goed."* (Deelnemer)

*"Ervaringen te delen, een keer luisteren naar de andere mensen dat was wel goed."* (Deelnemer)

Algemeen kan gesteld worden dat de inhoud van de cursus kan gezien worden als één van de sterktes van het programma. Bij vragen zoals "Wat zijn sterktes van het programma, wat dienen ze zeker te behouden?" en "Wat heeft u als ondersteunend ervaren," kwamen immers alle onderwerpen (cf. supra) uit de sessies van het programma aan bod.

Aan de deelnemers van het kortdurend programma werd tevens gevraagd wat 'DRUGS de baas?!' onderscheidt van andere vormen van hulpverlening binnen de gevangenis. De thema's die werden aangehaald kunnen beschouwd worden als sterktes van het kortdurend programma.

Het specifieke thema 'drugs' werd door de deelnemers aangegeven als een eerste belangrijk verschil met andere hulpverlening binnen de gevangenis. Het is het enige drugsprogramma dat wordt aangeboden binnen de gevangenis. Het CAP wordt door de deelnemers beschouwd als een orgaan dat doorverwijst naar de drughulpverlening buiten de gevangenis en niet als een begeleidingsprogramma.

Daarnaast vinden deelnemers het belangrijk dat de begeleiders beroepsgeheim hebben en er geen link is met justitie. Ook in de individuele gesprekken hadden de deelnemers het gevoel dat ze vrijuit konden spreken en dat informatie niet werd doorgespeeld naar justitie.

Ook de houding van de begeleiders nam een centrale plaats in. Deze houding kan samenvattend als volgt worden omschreven: personen die om de deelnemers geven, hen begrijpen, hen niet beschouwen als één van de velen, een beeld van hun vormen dat ruimer is dan wat er op papier staat en hen willen helpen.

*"Het zijn echt mensen die echt de stempel van hulpverlening mogen dragen, vind ik wel... Ja, ge voelt dat. Het zijn geen mensen die hier tegen hun zin komen. Die doen dat omdat ze een passie hebben voor mensen beter te maken hé."* (Deelnemer)

##### *Gevangenispersoneel en hulpverlening*

Een belangrijke sterkte was voor 3 van de 7<sup>144</sup> bevroegden de laagdrempeligheid, waarbij het programma gezien werd als een vorm van pre-therapie. 'DRUGS de baas?!' werd daarenboven als belangrijk omschreven omdat het een eerste contact kan zijn voor gedetineerden met de hulpverlening. Bovendien vonden een aantal respondenten het goed dat er eindelijk een vorm van hulpverlening aanwezig was in de gevangenis gericht op personen met een drugproblematiek. Buiten

---

<sup>144</sup> De twee begeleiders van het programma werden niet betrokken in de bevraging.

het CAP, dat enkel doorverwijzingen doet, zijn er immers geen dergelijke hulpverleningsmogelijkheden aanwezig.

Net als de deelnemers, vindt een PSD-medewerker het een voordeel dat 'DRUGS de baas?!' wordt gegeven door begeleiders die los staan van justitie. Dit zou volgens deze medewerker een positieve invloed hebben op de vertrouwensrelatie tijdens de begeleiding en dus ook naar de openheid van spreken.

Expertise van de begeleiding wordt ook als een grote meerwaarde gezien door de bevroagde gevangenispersoneelsleden.

*“Een hele grote sterkte is dat dat mensen zijn met massa’s ervaring vooral in de gevangenis en in de drughulpverlening. Twee sterke figuren.” (Medewerker medische dienst)*

#### *Begeleiding*

De begeleiding heeft ook zelf gemerkt dat het een grote meerwaarde kan zijn om vertrouwd te zijn met de gevangeniscontext. Dit heeft er, volgens hen, voor gezorgd dat ze op bepaalde zaken snel konden inspelen en dat ze ook wisten hoe ze met groepsdynamische kenmerken, die typerend zijn voor de gevangeniscontext, konden omgaan. Met name de overeenkomst met de directie om transfers uit te stellen of de verandering van de regel '2x afwezig na elkaar is stoppen met het programma' naar 'steeds kijken waarom de deelnemer afwezig is'.

Verder vinden ze het belangrijk dat de nadruk van het programma op “*durven kijken naar uzelf en uw druggebruik*” blijft liggen en dat streven naar het clean zijn geen voorwaarde voor deelname moet zijn. Op die manier tracht men een realistische vorming te geven, binnen een complexe context waar druggebruik sterk aanwezig is.

### **5.4.3.2. Aanbevelingen**

#### *Deelnemers*

De meerderheid van de deelnemers vond dat het programma langer mocht duren (cf. supra 5.4.2.1.). De deelnemers gaven aan dat het waardevol zou zijn om bij bepaalde onderwerpen langer stil te staan. Ook hadden ze graag wat meer ruimte gehad voor discussie. Nu hadden ze vaak het gevoel dat het snel moest gaan en dat er geen ruimte was om af te wijken van het programma.

*“Ja strikt op schema, ja, dat was het probleem. Er mocht niet veel uitgeweken worden over andere onderwerpen of over, ja. Het onderwerp dat aan bod kwam dat was dat , dat en dat en poef hup naar het volgende” (Deelnemer)*

Een aantal deelnemers zou het een meerwaarde vinden, mochten er, aanvullend op het huidige programma van 'DRUGS de baas?!', ook choquerende beelden (foto's – video's) worden getoond tijdens de sessies. Daarnaast zou het, volgens hen, waardevol kunnen zijn om ervaringsdeskundigen uit te nodigen, zowel slachtoffers als ex-gebruikers.

*“Choquerende beelden dat ze eigenlijk inzien van: ‘ja oei... dat kan ook met mij gebeuren.’” (Deelnemer)*

Vier deelnemers van het programma haalden aan dat ze het een meerwaarde zouden vinden indien er een vervolg aan het programma zou komen. Meer concreet wensen ze dat er na het programma nog de mogelijkheid bestaat om een individueel gesprek met één van de begeleiders te voeren, indien ze dit nodig achten.

*“Gewoon een keer zoals ge buiten naar een ambulante begeleiding gaat, dat ge gewoon een keer uw hart kunt luchten, dat ge zeker zijt dat alles wat dat ge zegt bij hun blijft.” (Deelnemer)*

#### *Gevangenispersoneel en hulpverlening*

Screening bleek een zeer belangrijk thema. Zo vindt een medewerker van de medische dienst dat er meteen bij binnenkomst in de gevangenis gescreend zou moeten worden, zodat gedetineerden met een drugproblematiek meteen kunnen instappen in een programma als ‘DRUGS de baas?!’. Een medewerker van de PSD vindt het, hierbij aansluitend, belangrijk dat er ook degelijk gescreend wordt. Indien het hulpaanbod schaars is en de vraag groot, dient er voornamelijk gekeken worden naar motivatie om zo gedetineerden te selecteren die intrinsiek gemotiveerd zijn.

De belangrijkste aanbeveling van deze groep respondenten vormt het voorzien van nazorg. De deelnemers zijn warm gemaakt voor hulpverlening, maar kunnen nog niet meteen instappen in drughulpverlening buiten de gevangenis. Hierdoor bestaat de vrees dat er veel informatie en motivatie verloren zal gaan, als er geen vervolg komt op ‘DRUGS de baas?!’.

*“Dat is altijd het risico met zo’n zaken. Ge biedt iets aan, er wordt hulp geboden of noem maar op. Er wordt iets los gemaakt bij mensen, ten positieve. Sommigen gaan misschien daar positief mee verder zonder ondersteuning, maar ge hebt ook ne groep sowieso die blijvend ondersteuning nodig gaat hebben om dat positieve verhaal vast te blijven houden. Als dat hier niet geboden wordt, bestaat de kans dat hij in een zwart gat terecht komt.” (Beleidscoördinator)*

Ook op andere vlakken zou ‘DRUGS de baas?!’ uitgebreid mogen worden volgens een directeur van de gevangenis van Gent.

*“De enige aanbeveling, onze wens, die ik persoonlijk kan meegeven, is dat er meer van zou komen en dan in verschillende vormen.” (Directeur)*

#### *Begeleiding*

Het aanpassen van de volgorde van de sessies kwam al aan bod (cf. supra: 5.4.2.1.). Ook de beleving dat er meer aandacht zou moeten uitgaan naar 'gemotiveerde' deelnemers werd reeds vernoemd (cf. supra: 5.4.2.2.). Als laatste belangrijke suggestie geven de begeleiders aan dat ze in de toekomst verkiezen om een gebundeld werkschrift te gebruiken, in plaats van aparte documenten per les die gemakkelijk verloren geraakten.

*“Maar waar dat we nu werken met een werkschrift dat gaandeweg groeit naar mate dat ze bladeren of oefeningen krijgen, zouden wij de volgende keer met een volledig werkschrift dat ze van bij de start krijgen. Dat in de juiste volgorde zit, dat wat vast is, zodanig dat het niet in de war kan geraken. Want nu merk je dat mensen, ze zijn nu eenmaal niet zo ordelijk en dat wordt dan een rotzooitje van jewelste waar dat ze u papieren niet in vinden. En ja, dan moet je tijd steken in gesprekken om de map weer in orde te steken en zo verder om toch een beetje de logica van het verhaal te houden. Ja, dat is dan eigenlijk tijd die je kan vermijden als je het op die manier zou doen.” (Begeleider)*

## 5.5. Motivatie van de deelnemers

Dertien deelnemers hebben het programma 'DRUGS de baas?!' afgerond. Zij hebben zowel vóór als na het programma de Readiness to Change Questionnaire (RCQ-D) ingevuld. Deze vragenlijst omvat 12 vragen om te bepalen in welk stadium van veranderingsbereidheid (vooroverweging, overweging, actieve verandering) de deelnemer zich bevindt. Door de resultaten van vóór het programma te vergelijken met deze na het programma, kan er een beeld gevormd worden van de evolutie van de motivatie tijdens het programma.

Vijf deelnemers vertonen geen verandering en blijven in dezelfde veranderingsfase (n= 3, actieve verandering; 2 = beschouwing). Zes van hen evolueerden in positieve zin (n= 4, van beschouwing naar actieve verandering; n= 2, van voorbeschouwing naar actieve verandering). Bij twee deelnemers werd een negatieve evolutie vastgesteld: één persoon ging van actieve verandering over naar voorbeschouwing, een andere deelnemer evolueerde van actieve verandering naar beschouwing.

## 5.6. Conclusie

### 5.6.1. Voortraject

Voorafgaand aan het programma werden, in het kader van de implementatie van 'DRUGS de baas?!', een aantal eenmalige acties uitgevoerd. De inhoud van het programma werd bepaald op basis van het 'Short Duration Programme' van Phoenix Futures en aangepast aan de Vlaamse gevangeniscontext (Phoenix Futures, z.d.). Een handboek en een werkschrift werden tevens opgesteld en ook het nodige educatief materiaal werd uitgewerkt.

Ook bij verdere implementatie van het programma in andere gevangenissen zullen telkens terugkerende activiteiten moeten worden uitgevoerd. In eerste instantie moet er aandacht uitgaan naar bekendmaking en het creëren van een draagvlak voor een dergelijk motivatiebevorderend programma. Er moet informatiemateriaal gemaakt worden en voldoende tijd gereserveerd worden voor overleg met alle betrokkenen en lokale actoren.

Het uitvoeren van het programma vereist goed getrainde en opgeleide medewerkers. Zij moeten voldoende kennis hebben over drughulpverlening en de gevangeniscontext. Er dient tevens aandacht uit te gaan naar scholing in het hanteren van motiverende gesprekstechnieken. Het begeleiden van een groep binnen de gevangenis vraagt immers de nodige expertise op het vlak van groepsdynamica. Telkens er een programma wordt opgestart, moeten kandidaat-deelnemers geselecteerd worden.

### 5.6.2. Het vormingstraject

De inhoud van de vorming werd als belangrijke sterkte aangegeven. Zowel deelnemers, gevangenispersoneel, als hulpverleners waren het hier over eens. Vooral de sessie over 'spuitenruil' werd als erg nuttig ervaren. Het uitnodigen van gastsprekers, zoals een medewerker van het spuitenruilproject (Free Clinic), bleek een grote meerwaarde en dient, volgens de betrokkenen, zeker behouden te worden. Hierbij dient opgemerkt (cf. hoofdstuk 1) dat er momenteel in de gevangenissen geen mogelijkheden zijn om spuiten te cleanen of te ruilen.

Een programma bestaande uit 17 sessies, 3 maal per week bleek zeer intensief, maar essentieel. Met deze frequentie werd immers vermeden dat het motivatieniveau daalde en het veranderingsproces afkalfde.

Uit de evaluatie bleek tevens dat er voldoende expliciete aandacht moet zijn voor personen met een alcoholproblematiek.

'DRUGS de baas?!' was een programma bestaande uit groepssessies en individuele gesprekken. Uit de procesevaluatie bleek dat daarnaast blijvende aandacht moet uitgaan naar aanklampend werken. In tegenstelling tot andere programma's had 'DRUGS de baas?!' geen 'vrijblijvend' karakter. Het bleek noodzakelijk om met twee begeleiders de vorming te geven. Zo kon één begeleider de sessie begeleiden en kon de andere begeleider focussen op individuele gesprekken en aanklampend



werken. Op basis van de evaluatie wordt duidelijk dat ook deelnemers zonder bijkomende problemen in de toekomst meer aandacht dienen te krijgen van de begeleiders. Door het aanklappend werken, was er bijvoorbeeld minder ruimte voor individuele gesprekken met deelnemers die het wel goed deden.

Een groep van 8 tot 10 deelnemers werd als ideale groepsgrootte ervaren om een dergelijk programma goed te laten verlopen. Belangrijk hierbij is dat er rekening wordt gehouden met de veiligheid om te spreken in de groep. Daarom is het niet aangewezen om bij drop-out nieuwe deelnemers toe te laten.

Een laatste belangrijke opmerking met betrekking tot de evaluatie van 'DRUGS de baas?!' is de invloed van de gevangeniscontext op het programma. Goede afspraken met de gevangenisdirectie zijn essentieel om te kunnen omgaan met het gevangenisregime in functie van aan- en afwezigheid en in functie van drop-out. Daarbij aansluitend moeten ook de PBA's ingelicht worden. Daardoor zijn zij er bijvoorbeeld ook van op de hoogte dat gedetineerden die een tuchtsanctie ondergaan, in overleg met directie, alsnog mogen aansluiten bij het programma. Er dient tevens rekening gehouden te worden met specifieke randvoorwaarden die enkel binnen een gevangeniscontext gelden bij het uitvoeren van een dergelijk programma, zoals de 'verplaatsingen van de gedetineerden'. De wachttijden (bij de portier, bij appel,...) binnen een penitentiaire context kunnen immers oplopen en het begin-en einduur van het groepsprogramma beïnvloeden.

### **5.6.3. Nazorg**

Nazorg wordt zowel door de deelnemers als door andere bevroegde actoren noodzakelijk geacht. Door het volgen van de vorming zijn deelnemers gemotiveerd om de stap naar hulpverlening te zetten. Heel wat deelnemers zijn na de vorming echter nog niet in de mogelijkheid hun behandelplannen in concrete stappen om te zetten, aangezien ze nog lange tijd in de gevangenis moeten blijven. Een vorm van nazorg na het vormingsprogramma, binnen de detentie-inrichting, is dan ook noodzakelijk om de motivatie en het bereikte veranderingsniveau te kunnen aanhouden. Zonder deze begeleiding dreigt de bereikte verandering immers snel verloren te gaan in een penitentiaire context. Dergelijke vorm van nazorg kan gericht zijn op schadebeperking en het vermijden van risicosituaties. Vele gedetineerden slagen er immers niet in om in de gevangenis drugvrij te blijven en plannen de stap naar een drugvrij leven eerder na hun detentie.

### **5.6.4. Wetenschappelijk onderzoek**

Het is in kader van een bredere implementatie van het kortdurend programma aangewezen hieraan verder wetenschappelijk onderzoek te koppelen. Dergelijk onderzoek dient idealiter een proces- en effectevaluatie te omvatten en moet toelaten om het programma en de uitrol ervan verder scherp te stellen.

Om een kwaliteitsvolle proces- en effectevaluatie te ontwikkelen, dient ook de vereiste tijdsinvestering in rekening te worden gebracht. Zo is er binnen dit project zowel door de uitvoerder van het programma als door de onderzoeksploeg, heel wat tijd geïnvesteerd in het registreren van activiteiten die in het kader van het programma werden uitgevoerd. Een onderzoeker heeft hiertoe gedurende de looptijd van het project (met inbegrip van een aantal weken ervoor en erna) onder meer interviews verricht met verschillende betrokken actoren (deelnemers (n=18 (voor interventie) en n=12 (na interventie), hulpverleners (n=4), personeelsleden van de gevangenis (n=5)). Verder werd informatie verzameld met betrekking tot het profiel van de deelnemers en de verwachtingen en motivatie van de deelnemers. De projectuitvoerder registreerde bovendien nauwgezet de uitgevoerde activiteiten zoals screening van potentiële deelnemers, de aard van de individuele gesprekken, het verloop van de sessies (onder meer de aanwezigheid van deelnemers in de verschillende sessies, drop-out,...).

### 5.6.5. Praktische en financiële modaliteiten voor de verdere implementatie van het programma

Samengevat, zag het traject er als volgt uit:

De elementen van het voortraject:

- Bekendmaking (en ontwikkelen promotiemateriaal)
- Overleg met alle betrokken en lokale actoren
- Screening van potentiële kandidaten
- Aanpassen werkschrift en handleiding (aan de context)
- Opleiding van de betrokken medewerkers betreffende de inhoud en randvoorwaarden om de vorming te implementeren, motiverende gesprekstechnieken

Het vormingstraject:

- 17 vormingssessies en een afsluitend moment
- Drie sessie per week
- Mannen en vrouwen gemengd, indien haalbaar
- Voldoende aandacht voor alcohol als verslavend middel
- 8 tot 10 deelnemers (max. 12)
- Voldoende tijd en aandacht voor aanklampend werken, individuele gesprekken en voorwaardenscheppende interventies

Nazorg:

- Het verder expliciteren van de mogelijkheden tot behandeling en begeleiding
- Het concretiseren en begeleiden van de overstap naar de hulpverlening
- Ondersteunend en schadebeperkend werken (inzake gebruik binnen de gevangenis)
- Het gaande houden van de motivatie als er niet meteen zicht is op behandeling

Inzake financiële voorwaarden bij verdere implementatie dienen volgende zaken in acht te worden genomen:

- Om pragmatische redenen wordt best geopteerd voor het combineren van een voormiddag- en een namiddaggroep op dezelfde dag. Op die manier worden nodeloze vervoersonkosten en lange wachttijden (bij het binnenkomen en verlaten van de gevangenis) vermeden.
- Het niet vrijblijvende karakter van de vorming vereist dat steeds twee medewerkers gelijktijdig aanwezig zijn. Zodoende kan de combinatie van het geven van de vormingssessies met het aanklampende en voorwaardenscheppende werk via individuele gesprekken en overleg waargemaakt worden.
- Hoe meer het project een continue basis kan krijgen, hoe goedkoper het project wordt. Door het systematisch voorzien van zo'n programma wordt dit ingebed in de gewone werking van een gevangenis en dient er minder geïnvesteerd te worden in de opstart of aanpassing van het programma. Dit levert een aanzienlijke tijds- en middelenbesparing op.
- Het inplannen van een dergelijk vormingsprogramma binnen het ruimere aanbod van hulp- en dienstverlening en binnen de context van een gevangenis is niet evident. Dit vergt het nodige overleg en langetermijnperspectief en vraagt voldoende aanwezigheid van bewakingsassistenten (dus niet in vakantieperiodes). Om voldoende deelnemers te kunnen screenen en bereiken wordt de vorming best gespreid over het werkjaar (bv. twee parallelle groepen (voormiddag + namiddag) in het voorjaar en twee parallelle groepen in het najaar) en/of over verschillende gevangenissen (bv. in gevangenis A van februari tot half maart en in gevangenis B van mei tot half juni).

Naast de hierboven vermelde voorwaarden, is het ook belangrijk rekening te houden met (en indien mogelijk middelen te voorzien voor) de aanpassing van het materiaal (bij implementatie in een niet-Nederlandstalige gevangenis), training van (Nederlands- en niet-Nederlandstalige) hulpverleners en wetenschappelijke opvolging van de implementatie. De concrete inschatting van de kosten is afhankelijk van de mate waarin deze verschillende elementen worden gepland en uitgevoerd. Tentatief kan hierbij het volgende worden gesteld:

- Indien het programma ook in één of meerdere niet-Nederlandstalige gevangenissen wordt geïmplementeerd, dient de nodige tijd te worden voorzien voor het vertalen en aanpassen van het materiaal (lesmateriaal, werkschrift, ...). De benodigde tijdsinvestering voor dit luik wordt minstens geschat op de inzet van een voltijdse functie gedurende drie maanden (gezien het niet enkel gaat om het louter vertalen van de informatie, maar ook om het aanpassen van de inhoud op de context-specifieke voorwaarden). Deze aanpassing dient te gebeuren door iemand met voldoende ervaring en kennis van de drughulpverlening (masterniveau).
- Teneinde het programma op een goede manier (=met aandacht voor de integriteit van het originele pakket) op bredere schaal te kunnen implementeren is een goede training en opleiding van de betrokken hulpverleners noodzakelijk. Dit raakt zowel aan de training van Nederlandstalige als niet-Nederlandstalige hulpverleners die het programma in één of meerdere gevangenissen zullen implementeren. Naast opleiding in functie van implementatie moet ook worden gedacht aan super- en intervisie van de hulpverleners die betrokken zijn bij het programma. Het is niet evident om op dit moment hiervoor een precieze tijds- of financiële investering te suggereren. Echter, een meerdaagse opleiding (m.b.t. de verschillende onderdelen, bv. terugvalpreventie, motiverende gespreksvoering,...) aangepast aan de noden van de gevangeniscontext, lijkt hierbij nodig.

## **Referenties**

Phoenix Futures (z.d.). Verkregen op 2 september, 2016, van <http://www.phoenix-futures.org.uk/services>

## Deel III Conclusies en aanbevelingen

---

*Lana De Clercq, Freya Vander Laenen, Stijn Vandeveldde,  
Wouter Vanderplasschen, Benjamin Mine & Eric Maes*

### 6.1. Achtergrond en doelstellingen

#### 6.1.1. Inleiding

Onderzoek in binnen-en buitenland wijst op de hoge prevalentie van het gebruik en misbruik van alcohol en/of illegale middelen bij gedetineerden (Fazel, Bains, & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012; Fazel & Baillargeon, 2011). Gedetineerden die regelmatig alcohol of drugs gebruiken, lopen bovendien meer kans op recidive en op herval in middelenmisbruik (Belenko, 2006; Cartier, Farabee, & Prendergast, 2006). Zoals ook uit voorliggend onderzoek duidelijk wordt, blijken de eerste maanden na vrijlating cruciaal, gezien de kans op herval in criminaliteit en middelenmisbruik gedurende deze periode erg groot is. Deze vaststellingen wijzen op het grote belang om vanuit de (drug)hulpverlening en het beleid in te zetten op meer aandacht voor een goede opvolging en ondersteuning tijdens en na detentie en op continuïteit van zorg.

Het aanbod van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen in gevangenissen is in de EU-lidstaten tot op heden ontoereikend in vergelijking met zorginitiatieven die zich in de laatste 30 jaar ontwikkelden in de samenleving buiten de gevangeniscontext (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Vormen van throughcare en nazorg activiteiten worden onvoldoende geïmplementeerd en bestaande initiatieven blijken vaak onvoldoende afgestemd op de specifieke noden van de gevangenispopulatie (McDonald et al., 2012). Ook in België ontbreekt een degelijk uitgebouwd (drug)hulpverleningsaanbod tijdens en na detentie. Evenmin wordt ten volle ingezet op continuïteit van zorg (Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveldde, Stas & Vander Laenen, 2014).

#### 6.1.2. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis

In 2011 werden de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in Vlaanderen (CAP), Wallonië (Step by Step) en Brussel (Le Prisme) opgericht als kortdurende hulpverleningsinterventies die een liaison-functie vervullen tussen de gevangenis en de (drug)hulpverlening buiten de gevangeniscontext. De hulpverlening in deze aanmeldingspunten, gefinancierd door de FOD Justitie, zijn erop gericht gedetineerde druggebruikers te ondersteunen bij het vinden van passende (drug)hulpverlening na detentie. De aanmeldingspunten streven drie centrale doelstellingen na: (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening.

Voorliggend onderzoeksproject PROCES and Outcome Study of Prison-based Registrationpoints (PROSPER), dat uitgevoerd werd van december 2014 tot oktober 2016, richtte zich op de evaluatie van deze aanmeldingspunten in Wallonië, Brussel en Vlaanderen. Hun werking en effectiviteit was voordien nog niet wetenschappelijk onderzocht. Een driedelige doelstelling stond bij het onderzoek voorop:

- De werking van de aanmeldingspunten evenals de effecten ervan op de zorgtrajecten van druggebruikers die een misdrijf hebben gepleegd, onderzoeken.
- Het in kaart brengen van hoe de aanmeldingspunten gepercipieerd worden door de verschillende betrokkenen en dit met aandacht voor de werking, sterke punten, werkpunten en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten.
- Het formuleren van beleidsaanbevelingen rond het eventueel verderzetten, uitbreiden en/of aanpassen van de werking van de aanmeldingspunten.

Het project maakte gebruik van een multi-method benadering en bestond uit 6 werkpakketten (WP):

*WP 1.* Literatuuronderzoek en secundaire analyse van de bestaande databanken van de aanmeldingspunten

*WP 2.* Retrospectieve analyse naar recidive op basis van beschikbare databanken

*WP 3.* Kwalitatief onderzoek naar de percepties van de betrokkenen rond de werking van de aanmeldingspunten

*WP 4.* Prospectieve registratie van cliënten van de aanmeldingspunten

*WP 5.* Haalbaarheidsstudie met betrekking tot de implementatie van een kortdurend motivatie-verhogend programma ('DRUGS de baas?!')

*WP 6.* Integratie van bevindingen en rapportage

De uitvoering van de studie dient te worden gesitueerd binnen een moeilijk werkbare context waarin de aanmeldingspunten een aflopende financiering kenden. De aanvraag tot verlenging kreeg immers in 2016 een negatief advies van de Financiële Inspectie,<sup>145</sup> waardoor de werking van het CAP (Vlaanderen) op 1 mei 2016 en die van Le Prisme (Brussel) en Step by Step (Wallonië) in september 2016 dienden te worden stopgezet. Hierdoor is er de facto geen specifieke en gespecialiseerde ondersteuning van druggebruikers meer voorhanden binnen de meeste gevangenissen in België (op een aantal specifieke projecten in bepaalde gevangenissen na). Het valt te betreuren dat men de resultaten van het voorliggend evaluatieonderzoek niet heeft afgewacht om een beslissing te nemen rond de verderzetting van de aanmeldingspunten.

Uit een bevraging door de beleidscoördinatoren van de Vlaamse Overheid (2016) bij de diensten JWW van de Centra Algemeen Welzijnswerk, de PSD, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en voorzieningen van de drughulpverlening over de impact van de stopzetting van de CAP-werking in de praktijk blijkt dat er heel wat onduidelijkheden zijn. Deze bevraging werd enkel in Vlaanderen uitgevoerd, waardoor er geen uitspraken mogelijk zijn over de impact van de stopzetting van de aanmeldingspunten in Wallonië en Brussel.

De bevroagde actoren geven aan dat er niet langer duidelijke richtlijnen of afspraken zijn rond de aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures en de verantwoordelijkheden hierbij. Enkele voormalige taken van het CAP worden momenteel overgenomen door de PSD, CGG of de (drug)hulpverlening, waardoor deze diensten een grotere werklast ervaren. Echter, deze taken worden enkel voor veroordeelden opgenomen. Voor beklaagden worden geen taken overgenomen, met een groot hiaat voor deze groep als gevolg. Hulpverleners en gedetineerden kunnen zich niet langer beroepen op de uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Dit vertraagt, volgens de bevroagde actoren, een gerichte doorverwijzing op maat en heeft meer weigeringen door de (drug)hulpverlening als gevolg. Ook het gebrek aan een onafhankelijke en externe positionering, wat als grote sterkte van de aanmeldingspunten naar voor kwam, wordt als gemis in de huidige praktijk benoemd.

---

<sup>145</sup> Een negatief advies dat in beroep werd bevestigd, begin oktober 2016.

## 6.2. Algemene conclusies

De rapportage van de conclusies wordt gestructureerd aan de hand van de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten, met name (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Op basis van de bevindingen in het onderzoek werd een vierde hoofddoelstelling duidelijk, met name signalering, waarop verder in dit besluit wordt teruggekomen.

### 6.2.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1)

Op basis van de bestaande registratiesystemen, werd vastgesteld dat er zich in 2014 (referentiejaar van de studie) **in totaal 2182 cliënten** hebben aangemeld bij de aanmeldingspunten in Brussel, Wallonië en Vlaanderen. Hiervan hadden 80,2% van de cliënten één of meerdere malen een (intake)gesprek. Over de geregistreerde jaren heen (2012-2014) bleef het absolute aantal geziene cliënten ongeveer stabiel. De Belgische gevangenispopulatie en in navolging hiervan ook de aanmeldingen bij de aanmeldingspunten zijn binnen de registratieperiode stelselmatig gestegen (zo steeg de gevangenispopulatie van 11107 personen in 2012 en 11732 in 2013 tot 11769 personen in 2014) (Federale Overheidsdienst Justitie, 2016; Statistics Belgium, 2015). Deze stijging werd niet opgevangen door een toename van het aantal medewerkers. Een groot aantal cliënten (n=432, 19,8%) kon bijgevolg niet gezien worden door de medewerkers van de aanmeldingspunten, mede door de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek.

De meerderheid van de aangemelde cliënten is tussen de **20 en 35 jaar** oud en is **mannelijk**. De aanmeldingspunten blijken een iets oudere doelgroep en meer vrouwelijke gedetineerden te bereiken in vergelijking met de algemene gevangenispopulatie. 78% van de cliënten van de aanmeldingspunten heeft de **Belgische nationaliteit**. Dit percentage ligt beduidend hoger dan in de algemene detentiepopulatie (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Dit verschil wijst mogelijks op het moeilijk bereiken van personen met een niet-Belgische nationaliteit.

De percentages veroordeelde en beklagde cliënten zijn vergelijkbaar over de drie aanmeldingspunten heen. Gemiddeld is 47,4% van de cliënten **veroordeeld** en zit 46,3% in **voorhechtenis**. De aanmeldingspunten zien in verhouding meer beklagden en minder veroordeelden in vergelijking met het aantal beklagden en veroordeelden in detentie in het jaar 2014 (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een deelname van de beklagde aan (drug)hulpverlening één van de voorwaarden kan zijn voor een vrijheid onder voorwaarden. Daarnaast zien de aanmeldingspunten gemiddeld minder geïnterneerden in vergelijking met het aandeel geïnterneerden in de gehele gevangenispopulatie (Federale Overheidsdienst Justitie, 2015).

Betreffende het misbruik van verslavende middelen behoren **opiaten** (zowel heroïne als substitutiemedicatie), maar ook **alcohol** tot de vaakst vermelde hoofdproducten. Daarnaast wordt misbruik van cannabis frequent aangehaald. Amfetamines worden opvallend meer vermeld bij het CAP in vergelijking met Step by Step en Le Prisme. Het is onduidelijk wat dit verschil veroorzaakt.

### 6.2.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5)

Verschillende actoren (WP3) zien als sterk punt van de aanmeldingspunten dat zij als **onafhankelijke diensten werken**, waardoor met een neutrale blik naar cliënten gekeken wordt. Medewerkers zouden op deze manier meer de focus op het positieve en de mogelijkheden van de cliënt leggen. Aansluitend ervaren verscheidene betrokkenen het **beroepsgeheim** van de medewerkers als een noodzaak. Ook cliënten geven aan dat het beroepsgeheim hun vertrouwen in de medewerkers van de aanmeldingspunten versterkt. Het maakt een open en vrije communicatie mogelijk, wat de

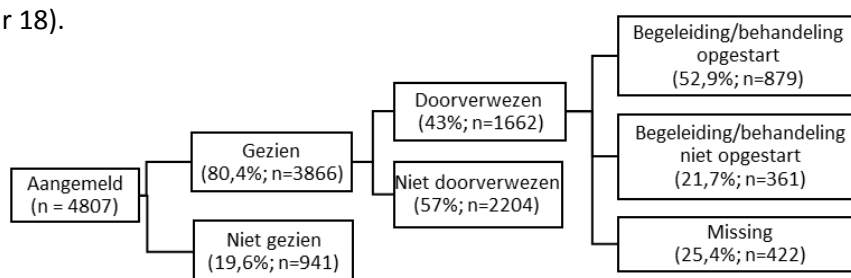
laagdrempeligheid van de aanpak bevordert. Daarnaast hechten de cliënten van de aanmeldingspunten veel belang aan de **persoonlijke invulling** van het takenpakket van de medewerkers. De cliënten appreciëren voornamelijk de zorgzame houding en emotionele steun die de medewerkers bieden. Deze **empathische, niet-intrusieve en onbevooroordeelde houding en werkwijze** verhoogt de motivatie om in de (drug)hulpverlening te stappen.

De bevroagde hulpverleners geven aan dat de **wachttijden** tussen de beslissing van de gedetineerde om zich aan te melden, het eerste gesprek en de opstart van de begeleiding of behandeling de motivatie tot deelname aan een behandeling of begeleiding negatief beïnvloeden. Ook cliënten formuleren de wachttijd tot een eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt als een werkpunt (WP3). Afname van de motivatie tot behandeling werd ook binnen het onderzoek over de drugbehandelingskamer geassocieerd met een verminderde deelname aan verschillende vormen van behandeling (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).

Uit kwalitatieve interviews met de participanten van 'DRUGS de baas?!' (WP5), een kortdurend motivatieprogramma in de gevangenis dat werd ontwikkeld en uitgevoerd door De Kiem in functie van dit onderzoek, blijkt dat de motivatie om deel te nemen zeer verscheiden is. Het goed willen doen voor familie, het perspectief op een drugvrij leven, en de mogelijkheid tot vervroegde vrijlating werden als belangrijkste redenen geformuleerd. De grote verscheidenheid in behandelde thema's werd als zinvol ervaren, wat het belang van een **gedifferentieerd aanbod** illustreert. Uit de evaluatie werd tevens duidelijk dat er voldoende expliciete aandacht dient te gaan naar alcoholgebruik- en misbruik. Interventies gericht op alcoholmisbruik bij gedetineerden dragen immers bij aan de reductie van alcohol- en gezondheidsproblemen en een verminderde kans op recidive (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Aanvullend blijkt de **onbevooroordeelde houding** van de begeleiders, het **beroepsgeheim** en de **onafhankelijke** positionering van de begeleiders ook hier een essentiële voorwaarde om vrijuit te kunnen spreken. Het 'DRUGS de baas?!'-programma blijkt de **veranderingsbereidheid** van de meerderheid van de deelnemers in positieve zin te beïnvloeden. Het kunnen delen van ervaringen, het krijgen van tips rond het omgaan met craving en het samen nadenken over mogelijke oplossingen omtrent druggerelateerde problemen werden als voornaamste sterktes van het programma ervaren. Het streven naar **abstinentie** was **geen voorwaarde voor deelname**. Dit bevorderde, volgens de participanten, de laagdrempeligheid van het programma. Deze bevindingen wijzen op duidelijk positieve effecten van het programma in een detentiecontext. Toch dienen ze met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de kleine steekproef en het ontbreken van informatie betreffende factoren die de veranderingsbereidheid mogelijk beïnvloedt.

### 6.2.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4)

Informatie over het aantal doorverwijzingen is enkel beschikbaar voor de CAP-werking in Vlaanderen (zie figuur 18).



Figuur 18 : Doorstroomschema aangemelde cliënten van het CAP van 2011 t.e.m. 2014 (n=4807)



Van 2011 tot 2014 werden 4807 cliënten bij het CAP aangemeld, waarvan 80,4% werd gezien en 43% van de geziene cliënten werd doorverwezen. Meer dan de helft van deze doorverwezen cliënten ving de vooropgestelde begeleiding of behandeling aan. Bijna de helft van deze cliënten heeft de begeleiding of behandeling beëindigd in overeenstemming met de behandelingsdoelen (14,9%) of was nog in behandeling / begeleiding op het moment van de bevraging (31,5%).

In totaal werden bij Le Prisme tussen 2012 en 2014 657 cliënten aangemeld, waarbij met 82,5% een intakegesprek werd georganiseerd. Uit de dataset van Le Prisme blijkt dat alle geregistreerde cliënten in 2014 werden doorverwezen (cf. 1.3.2.).

Over de drie werkingsjaren heen (2012 tot 2014) ontving Step by Step in totaal 1570 aanmeldingen, waarvan 93,3% van de cliënten gezien werden en 87,5% doorverwezen. Bijna een kwart van de cliënten werd op hetzelfde moment naar meerdere diensten georiënteerd. Een vergelijking tussen het CAP, Step by Step en Le Prisme laat een verschil zien in het aantal gerealiseerde doorverwijzingen. Naast het feit dat Step by Step naar meerdere diensten oriënteert, is dit verschil vermoedelijk te wijten aan een verschillende invulling van het begrip 'doorverwijzing'. Het CAP registreert een cliënt pas als doorverwezen als er een attest tot opname of begeleiding is verkregen bij de drughulpverlening. Bij Le Prisme en Step by Step is een attest tot opname of begeleiding niet noodzakelijk bij een doorverwijzing; het volstaat wanneer de cliënt over de nodige informatie in functie van een doorverwijzing beschikt en werd aangemeld bij een hulpverleningsdienst.

De meerderheid van de cliënten werd bij doorverwijzing georiënteerd naar **ambulante gespecialiseerde (drug)hulpverleningscentra**. Een aanzienlijk deel van de cliënten in Vlaanderen en Wallonië werd daarnaast naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, zowel ambulant als residentieel) doorverwezen. De residentiële (drug)hulpverlening vormt de derde grootste categorie naar waar cliënten werden doorverwezen.

De **uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap** van de medewerkers van de aanmeldingspunten faciliteert de toegang naar de (drug)hulpverlening en wordt als een belangrijke schakel gezien bij re-integratie, zo blijkt uit de interviews met alle betrokken actoren. De **bekendheid** van de medewerkers bij de (drug)hulpverlening bewerkstelligt eveneens een vlotte doorverwijzing aangezien er reeds een vertrouwensrelatie ontwikkeld is.

De **wachttijd tot een eerste gesprek** met een medewerker van het aanmeldingspunt bemoeilijkt echter een vlotte doorverwijzing. Daarnaast blijkt **eensgezindheid over de functie, de taakinhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten** van groot belang voor een vlotte aanmelding en communicatie tussen de betrokken actoren. Uit contacten met de psychosociale dienst blijkt dat Step by Step hierbij voor een extra uitdaging staat. Er zijn in Wallonië namelijk geen systematische afspraken met externe diensten die naar de gevangenis komen omtrent de uitvoering van hun taken. Daarnaast geven verschillende actoren over de drie aanmeldingspunten heen aan dat bij enkele hulpverleners sprake blijft van **weerstand en vooroordelen** rond het begeleiden of behandelen van gedetineerden met een drugprobleem (WP3). Naast de bereidwilligheid, vormt de **beschikbaarheid** van bepaalde (drug)hulpverleningsvormen een bijkomende moeilijkheid om de meest geschikte begeleiding of behandeling voor de cliënt op te starten.

#### **6.2.4.        Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2-WP4)**

Door de ontwikkeling van drie gsystematiseerde registratieformulieren werd duidelijk dat de aanmeldingspunten een belangrijke meerwaarde naar signalering kunnen vervullen (WP4). Door middel van een systematische registratie kunnen de registratiegegevens van de drie aanmeldingspunten immers met elkaar vergeleken worden en kunnen mogelijke drempels en moeilijkheden in de doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening worden blootgelegd. Zo wees deze studie onder meer op moeilijkheden bij het doorverwijzen van druggebruikers met bijkomende psychiatrische problemen.

Deze bevinding stemt overeen met eerder onderzoek bij personen met een dubbele diagnose (zie bv. Vandevelde et al., 2015).

Het gesystematiseerd intake registratieformulier, ontwikkeld voor de drie aanmeldingspunten (WP4), werd door de medewerkers van de aanmeldingspunten globaal als **bruikbaar, duidelijk, logisch opgebouwd en gebruiksvriendelijk** ervaren. Op basis van de feedback van de bevroegde actoren werd het formulier verder verfijnd door optionele open vragen en meer ruimte voor additionele informatie te voorzien.

De systematisatie heeft er tevens voor gezorgd dat er enkele belangrijke **verschillen in het cliëntprofiel** werden aangetroffen in vergelijking met de cijfers van de bestaande registratiesystemen (WP 1). Dit benadrukt het belang van een gestandaardiseerde registratie. Daarnaast blijken cliënten, naast moeilijkheden op het vlak van middelenmisbruik, moeilijkheden te ervaren op **andere levensdomeinen**: lichamelijke en psychische gezondheid, arbeid, familiale en sociale relaties, schulden en justitie. Deze complexe problematiek beklemtoont het belang van zorg en ondersteuning die zicht richt naar meerdere levensdomeinen, ook na detentie. Een belangrijke vaststelling was dat **één derde van de cliënten in het verleden nog geen begeleiding of behandeling had gevolgd in functie van een middelenprobleem**. Deze bevinding geeft aan dat de aanmeldingspunten erin slagen om een belangrijke groep cliënten te bereiken die nog niet eerder door de (drug)hulpverlening bereikt werd.

Naast de ontwikkeling van een gestandaardiseerd registratieformulier, werd een **follow-up registratie uitgevoerd** in kader van dit onderzoek. Cliënten werden hierbij opgevolgd in functie van het opvolgen van het doorverwijzingsadvies, deelname aan behandeling en andere relevante indicatoren (bv. betrokkenheid bij behandeling, en variabelen aangaande gezondheid en psychosociaal functioneren) (WP4). Deze registratie is slechts voor een beperkt aantal cliënten ingevuld <sup>146</sup>. Uit de telefonische bevraging, zes maanden na een eerste contact met een medewerker van een aanmeldingspunt, bleek eveneens de **moeilijkheid** om cliënten systematisch te **registreren** en op te volgen<sup>147</sup>. Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de telefonische bevraging aangeeft dat cliënten een **hoge tevredenheid** rapporteren over de werking van de aanmeldingspunten. Deze hoge tevredenheid hing samen met: het vlotte verloop van de doorverwijzing; het snel en duidelijk beantwoorden van vragen; de ervaring dat er rekening werd gehouden met hun keuze; en de motiverende en ondersteunende werkwijze van medewerkers.

Het belang van de signaleringsfunctie van de aanmeldingspunten kwam eveneens tot uiting in WP 2. De in dit werkpakket geanalyseerde **recidive-cijfers** stemmen overeen met (inter)nationaal onderzoek (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005). Voor de (ex-)gedetineerde druggebruikers (n=2.758) werden volgende recidiveprevalentie-cijfers geobserveerd: voor 75,7% werd binnen een periode van maximaal 4 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis op zijn minst één nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau (ongeacht de gepleegde feiten en oriëntatie die uiteindelijk aan de zaak werd gegeven); 39,7% maakte binnen eenzelfde opvolgstermijn het voorwerp uit van een nieuw veroordelingsbulletin (ongeacht de gepleegde feiten en nadien uitgesproken straf of maatregel); en, 40,4% werd binnen een periode van maximaal 3 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis (via elektronisch toezicht dan wel onder één van de diverse specifieke vormen van 'invrijheidstelling') opnieuw opgesloten (ongeacht de reden van wederopsluiting: niet-naleving van voorwaarden, plegen van nieuwe feiten). De **eerste (drie) maanden** na ontslag uit de gevangenis kenmerkten zich

<sup>146</sup> Deze beperkte registratie is te wijten aan: het beperkte tijdsinterval waarin de formulieren dienden ingevuld te worden, het mandaat van de medewerkers van de aanmeldingspunten dat eindigt op het moment van de doorverwijzing, en de moeilijke werkomstandigheden gezien de dreigende sluiting van de aanmeldingspunten. Daarnaast verwezen enkele hulpverleners naar het beroepsgeheim als reden om behandeling gerelateerde informatie niet te delen.

<sup>147</sup> Onder meer vanuit de moeilijke telefonische bereikbaarheid van cliënten en/of gewijzigde adressen.

door een bijzonder hoge intensiteit van recidive (in termen van een nieuwe, bij het parket aangemelde zaak en wederopsluiting in de gevangenis). Zo werd bijvoorbeeld ongeveer 30% van de recidivisten opnieuw in de gevangenis opgesloten binnen een periode van 3 maanden.

Daarnaast wezen de (bivariate) analyses uit dat er op het vlak van de recidive-indicator 'wederopsluiting in de gevangenis' een statistisch significant verschil bestond tussen gedetineerden die werden gezien door het aanmeldingspunt en gedetineerden die weliswaar waren aangemeld maar met wie geen gesprek plaatvond. De proportie recidivisten en intensiteit van recidive lag hoger bij de groep die door het aanmeldingspunt werd gezien dan bij de groep die niet werd gezien. Dergelijk verschil werd niet vastgesteld voor de twee andere indicatoren (nieuwe strafzaak en nieuw veroordelingsbulletin). Het groter aantal personen dat terug werd opgesloten in de gevangenis en de hogere intensiteit van recidive kan wellicht mee verklaard worden door de aanwezigheid van **penitentiaire antecedenten**. Wanneer enkel deze variabele mee in het statistisch model werd opgenomen, verdween het eerder geobserveerde verschil tussen de 'geziene' en 'niet-geziene' groep. Verdere analyses leken deze hypothese te bevestigen; zowel penitentiaire antecedenten als leeftijd hadden een significante impact op recidive, ongeacht de indicator die werd gehanteerd. Dit ligt in lijn met de resultaten van het onderzoek over de DBK (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). DBK-cliënten werden gekenmerkt door meer antecedenten, een langere criminele carrière, langere detentieduur en meer heroïnegebruik dan de probatiegroep. Deze kenmerken stemmen overeen met een profiel waarbij de kans op recidive hoger ligt (Noppe et al., 2011; De Ruyver et al., 2007). Het onderzoek van De Ruyver et al. (2007) geeft aan dat man zijn, een leeftijd jonger dan 25, heroïnegebruik, meer dan maandelijks gebruiken en een strafrechtelijk verleden belangrijke voorspellers zijn van recidive bij de bestudeerde druggebruikers.

De bevindingen van WP 2 toonden verder aan dat het **type van ontslag** uit de gevangenis en de **wettelijke toestand op het ogenblik van het dossier** eveneens een significante invloed uitoefenden op recidive (in termen van wederopsluiting in de gevangenis). Wie de gevangenis verliet met elektronisch toezicht of mits na te leven voorwaarden had een grotere kans op wederopsluiting dan wie zonder voorwaarden werd vrijgesteld. En wie qua wettelijke toestand behoorde tot de categorie 'andere'<sup>148</sup> (waaronder een groot aantal geïnterneerden, zie hoofdstuk 3, figuur 3), liep in vergelijking met definitief veroordeelden eveneens een hoger risico om opnieuw in de gevangenis te belanden. Omgekeerd bleek voor de twee andere indicatoren (een nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau en een nieuw veroordelingsbulletin) dat zij die de gevangenis verlieten met na te leven voorwaarden, minder kans hadden op een nieuwe strafzaak of een nieuw veroordelingsbulletin in vergelijking met wie zonder voorwaarden uit de gevangenis werd ontslagen. Deze bevinding lijkt de hypothese te bevestigen dat wie de gevangenis verlaat met na te leven voorwaarden meer risico loopt om opnieuw achter de tralies te belanden omwille van conditiebreuk eerder dan wegens het plegen van nieuwe feiten<sup>149</sup>. In tegenstelling tot wat geobserveerd werd voor de eerste indicator, wijzen de resultaten ook uit dat wie op het ogenblik van ontslag uit de gevangenis definitief veroordeeld werd, een grotere kans had op een nieuwe strafzaak of nieuw veroordelingsbulletin dan wie onder een ander statuut de gevangenis verliet.

Een beperking van deze analyses bestaat er echter in dat geen informatie beschikbaar was over wie na detentie ook effectief in een hulpverlenings- of behandelingstraject terecht kwam. Hierdoor kan geen vergelijking worden gemaakt tussen de groep die werd doorverwezen en met een behandeling startte ('succesvolle doorverwijzing') en de groep bij wie dit niet het geval was.

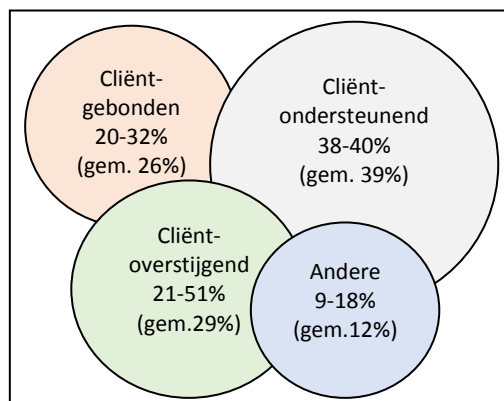
---

<sup>148</sup> De andere justitiële statuten betreffen: voorhechtenis, voorlopige invrijheidsstelling, strafonderbreking, probatie, internering, definitief veroordeeld minder dan 3 jaar, definitief veroordeeld meer dan 3 jaar, terbeschikkingstelling van de strafuitvoeringsrechtbank.

<sup>149</sup> Het percentage van heropsluiting dat verklaard kan worden door nieuwe feiten en hoeveel door het overtreden van de voorwaarden werd niet geregistreerd.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat recidivevermindering **geen doelstelling** was van de opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Hun interventies konden in het beste geval indirect bijdragen aan het terugdringen van recidive, maar recidive-cijfers kunnen geen maatstaf zijn om de effectiviteit van de interventies van de aanmeldingspunten te beoordelen. Bovendien beïnvloedden verscheidene factoren buiten de controle van de medewerkers de kans op recidive, zoals het hebben van werk, de ontvangen steun van het sociale netwerk, de woonsituatie en de geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt (De Ruyver et. al., 2007; Somers et al., 2014). Deze factoren konden echter niet worden meegenomen bij de registratie in WP2, gezien deze gegevens niet beschikbaar waren. Het is dan ook belangrijk om zeer omzichtig met de gerapporteerde recidivecijfers om te gaan.

Uit de **registratie van het takenpakket** (zie Figuur 19) van de medewerkers van de aanmeldingspunten kwam naar voor dat het takenpakket veel meer behelst dan enkel cliëntgebonden activiteiten, zoals gesprekken met cliënten (20-32% van de werktijd) en cliënt-ondersteunende activiteiten, zoals cliëntoverleg, administratie, voorbereiden en opvolgen van cliëntdossiers (38-40% van de werktijd) (WP4). Een aanzienlijk deel van de werktijd gaat immers naar cliënt-overstijgende activiteiten, zoals vormingen en studiedagen, teamvergaderingen, het voorbereiden en opstellen van jaar- en trimesterverslagen (12-51%) en andere activiteiten die te maken hebben met het werken in een detentiecontext en die niet rechtstreeks aan individuele cliënten kunnen worden gelinkt. Zo wordt 9-18% van de werktijd besteed aan verplaatsingen naar de gevangenis, het in-en uitchecken bij de gevangenis, het wachten op cliënten vooraleer het gesprek kan plaatsvinden,...



Figuur 19: Overzicht van de invulling van het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten<sup>150</sup>

### 6.2.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5)

Uit de verschillende werkpakketten van het onderzoek komt de meerwaarde van de centrale aanmeldingspunten duidelijk naar voor. Alle betrokken actoren, waaronder justitie, welzijnswerk en (drug)hulpverlening, én de cliënten die in het kader van de kwalitatieve studie (WP3) werden bevraagd, beklemtonen de meerwaarde van de aanmeldingspunten m.b.t. het informeren, motiveren en doorverwijzen van gedetineerden met een drugproblematiek. Zo rapporteren de cliënten een algemene hoge tevredenheid over de werking van de aanmeldingspunten en hebben ze het gevoel dat er naar hen geluisterd wordt, dat ze ondersteuning en kansen krijgen. Cliënten geven verder aan dat het aanmeldingspunt in de eerste plaats hun motivatie om de stap naar de (drug)hulpverlening te zetten, aangewakkerd heeft. Daarnaast leggen hulpverleners de nadruk op de

<sup>150</sup> De gemiddeldes (gem.) dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden wegens de missing values uit tabel 16 (cf. 2.3.3.) en aangezien de berekening van de gemiddeldes niet proportioneel afgewogen werd ten opzichte van het aantal bevraagde medewerkers per aanmeldingspunt.

goede samenwerking met de medewerkers van de aanmeldingspunten in functie van een vlotte doorverwijzing. De professionele actoren van justitie en het welzijnswerk beklemtonen de meerwaarde van de houding van de medewerkers van de aanmeldingspunten, waarbij de positieve kenmerken en sterktes van een cliënt worden belicht en het vertrouwen in de mogelijkheid van een doorverwijzing voorop wordt gesteld (WP3). De volgende elementen werden hierbij door de verschillende actoren vermeld:

- De deskundigheid en expertise van de medewerkers, zowel wat betreft de drugproblematiek als wat betreft het (drug)hulpverleningsaanbod voor druggebruikers
- Het beroepsgeheim en de onafhankelijke positionering van de medewerkers
- De cliëntgerichte, motiverende en onbevooroordeelde houding van de medewerkers
- De laagdrempelige en niet-intrusieve benadering door de medewerkers
- De nauwe, eerlijke en vertrouwelijke samenwerking met (drug)hulpverleningsdiensten
- Een gedeelde visie en openheid tot overleg met (drug)hulpverleningsdiensten

De cliënten ervaren de lange wachttijd tot het eerste gesprek met een medewerker als enige werkpunt van de aanmeldingspunten (WP3). Hierdoor hadden niet alle cliënten die zich aanmeldden een eerste gesprek met de medewerkers van de aanmeldingspunten. Wat de drie aanmeldingspunten betreft is de belangrijkste reden van het niet kunnen plaatsvinden van een eerste gesprek met de cliënt het feit dat de cliënt reeds vrijgekomen is. Het lage bereik van personen met een niet-Belgische nationaliteit kan eveneens als een werkpunt gezien worden (WP1). Om anderstalige gedetineerden beter te bereiken blijkt immers dat zij moeten kunnen beschikken over informatie met betrekking tot het beschikbare aanbod in een taal die ze begrijpen (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

#### **6.2.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5)**

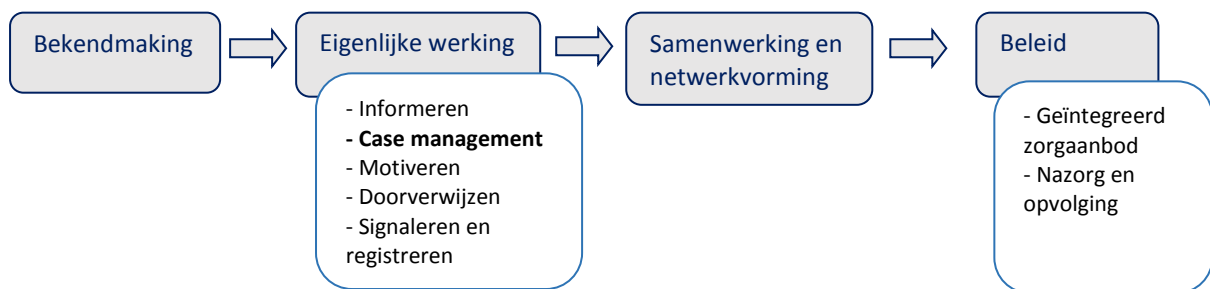
Uit de verschillende werkpakketten komen een aantal randvoorwaarden naar voor die essentieel zijn om de motivatie van cliënten voor begeleiding of behandeling te bevorderen en een vlotte oriëntatie en doorstroom naar de (drug)hulpverlening te bewerkstelligen. Essentiële randvoorwaarden om een kwaliteitsvolle werking te garanderen en verder te consolideren omvatten volgens de bevroegde actoren:

- Voldoende personeel en werkingsmiddelen
- Eensgezindheid over de functie, de taakinhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten
- Het systematisch kenbaar maken van het bestaan en de werking van de aanmeldingspunten aan alle nieuwe gedetineerden en betrokken actoren binnen en buiten de gevangenis
- Een vlotte toegang van medewerkers tot gedetineerden in de gevangenis
- Het ter beschikking stellen van een telefoon en/of computer tijdens wachtmomenten en/of in gesprekslokalen in de gevangenis
- Een verhoogde bereidwilligheid en beschikbaarheid van externe (drug)hulpverleningsdiensten om personen uit detentie te begeleiden of te behandelen
- De verdere uitbouw van begeleiding- en behandelingsmogelijkheden voor specifieke doelgroepen (vrouwen, cliënten onder elektronisch toezicht, anderstalige personen, personen met een niet-Belgische nationaliteit) en personen met bijkomende moeilijkheden (verstandelijke beperking, psychiatrische ziektebeelden).

### 6.3. Aanbevelingen naar praktijk en beleid

Bovenstaande bevindingen wijzen op de waarde en het belang van de aanmeldingspunten m.b.t. de drie eerder aangegeven doelstellingen ((1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening) waarvoor ze werden opgericht. De verderzetting en bij voorkeur uitbreiding van de aanmeldingspunten wordt dan ook aanbevolen. Op basis van het onderzoek blijken twee zaken van primordiaal belang in de succesvolle werking van de aanmeldingspunten: het beroepsgeheim en de specifieke expertise op het vlak van drughulpverlening. Gezien de complexiteit van de situatie van druggebruikers in de gevangenis is een onafhankelijk gepositioneerde en categoriale hulpverlening met drug specifieke expertise essentieel.

In dit deel worden concrete aanbevelingen geformuleerd op basis van de onderzoeksbevindingen en de (inter)nationale literatuur. Deze aanbevelingen worden eerst gesitueerd binnen de wetgeving en huidige beleidscontext. Vervolgens worden concrete aanbevelingen geformuleerd op verschillende niveaus: bekendmaking; eigenlijke werking van de aanmeldingspunten; samenwerking en netwerkvorming; beleid. Op het niveau van de eigenlijke werking, wordt een bijkomende indeling gemaakt in overeenstemming met de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten. In functie van het ondervonden belang aan continuïteit van zorg wordt een bijkomende hoofddoelstelling beschreven: **case management**. Tot slot worden specifieke beleidsaanbevelingen geformuleerd in functie van een geïntegreerd zorgaanbod, nazorg en opvolging (Figuur 20).



Figuur 20: Overzicht aanbevelingen naar praktijk en beleid

#### 6.3.1. Wetgeving en huidige beleidscontext

##### *De basiswet*

Op dit ogenblik **ontbreekt een omvattend en kwalitatief (drug)hulpverleningsaanbod voor gedetineerde druggebruikers in de Belgische gevangenissen**, zoals reeds herhaalde malen werd aangehaald en bekritiseerd in de literatuur (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). De nood aan een betere organisatie van de (drug)hulpverlening in de gevangenis wordt ook erkend in de beleidsnota sociale zaken en gezondheidszorg van de federale minister van Volksgezondheid (Belgische Kamer Van Volksvertegenwoordigers, 2015).<sup>151</sup>

De Basiswet bepaalt expliciet het recht op gezondheidszorg in detentie en het principe van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de maatschappij en gezondheidszorg in een gevangeniscontext. Deze zorg dient aangepast te zijn aan de noden van de gedetineerde (Art. 88

<sup>151</sup> Deze nota vermeldt dat de resultaten van een onderzoek voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg naar de (financiering van de) penitentiaire gezondheidszorg worden afgewacht (voorzien tegen eind 2016), en dat zolang vanuit volksgezondheid 'nog geen stappen genomen zullen worden' (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2015: 56).

Basiswet). Tot op heden zijn interventies in gevangenissen binnen de EU-lidstaten niet overeenkomstig met het gelijkwaardigheidsprincipe beschreven in internationale aanbevelingen door de United Nations General Assembly, UNAIDS/WHO en UNODC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). Het belang van deze gelijkwaardigheid wordt in de recente UNGASS resolutie benadrukt: *“A range of interventions, including psychosocial, behavioural and medication-assisted treatment, as appropriate and in accordance with national legislation, as well as to rehabilitation, social reintegration and recovery-support programmes, including access to such services in prisons and after imprisonment”* (UN General Assembly, 2016, p.6). Het individueel detentieplan (Art. 35-40 Basiswet) kan een betekenisvolle rol spelen bij de zinvolle invulling van het detentietraject. Met de recente stopzetting van de aanmeldingspunten in gevangenissen neemt de ongelijkwaardigheid van de zorg aan gedetineerden met een drugproblematiek in de feiten echter alleen maar toe. De tenuitvoerlegging van deze artikels wordt dan ook, voor gedetineerden met een drugproblematiek, ten sterkste bepleit (Snacken, 2015)<sup>152</sup>.

### *Communautarisering*

In navolging van de zesde staatshervorming van 11 oktober 2011 werden een aantal bevoegdheden rond de (drug)hulpverlening overgeheveld van het federaal niveau naar de gemeenschappen. Het institutioneel akkoord bepaalt dat revalidatieovereenkomsten voor verslaafden en delen van de GGZ<sup>153</sup> onder de bevoegdheid van de gemeenschappen vallen (Federale Regering, 2011).

Sinds 2011 financierde de FOD Justitie de werking van de aanmeldingspunten. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers echter niet overgedragen naar de gemeenschappen. De Federale Overheidsdienst Justitie gaf hierbij te kennen de financiering niet langer te kunnen dragen en een negatief advies van de financiële inspectie rond de verdere financiering van de aanmeldingspunten leidde tot een stopzetting van deze aanmeldingspunten. Op 1 mei 2016 werd de werking van het CAP en in september 2016 de werking van Step by Step en Le Prisme dan ook ontbonden omwille van het beëindigen van de financiering.

In functie van een doorstart van de aanmeldingspunten zal heel wat overleg noodzakelijk blijven tussen Justitie, Volksgezondheid en de gemeenschappen. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt omtrent verantwoordelijkheden, en de daarmee gepaard gaande financiering.

Pilootprojecten waarvan de meerwaarde na grondige wetenschappelijke evaluatie wordt aangetoond, dienen structureel te worden gefinancierd terwijl projecten die niet waardevol blijken, geschrapt kunnen worden (Vander Laenen, 2016). Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gaf alvast te kennen dat de financiering van het CAP vanaf 2017 zal ingepast worden binnen de Vlaamse bevoegdheid voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2016). Omtrent de verdere financiering van Le Prisme en Step By Step was er eind november 2016 nog geen duidelijkheid.

### *Continuïteit*

In de drugsstrategie van de Europese Unie (2013-2020), de UNGASS resolutie (2016) en de aanbevelingen van de WHO (2014) wordt uitdrukkelijk vermeld dat aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van kwaliteitsvolle en continue zorg voor druggebruikers in gevangenissen, teneinde een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan wat in de gemeenschap wordt aangeboden. De tewerkstelling van een **vaste medewerker** van het aanmeldingspunt per gevangenis

---

<sup>152</sup> De enige uitzondering is art. 98 Koninklijk Besluit van 12 december 2005 tot bepaling van de datum van inwerkingtreding van artikel 98 van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden en tot regeling van de samenstelling, de bevoegdheden en de werking van de Penitentiaire Gezondheidsraad, B.S. 29 December 2005.

<sup>153</sup> Met name de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen.

kan hiertoe bijdragen. Daarenboven komt continuïteit van zorg de vertrouwensrelatie tussen zowel de medewerker en de cliënt als tussen de medewerker en de (drug)hulpverlening ten goede. Daarnaast zou een ruimere beschikbaarheid van medewerkers eveneens de continuïteit van zorg bevorderen. De belangrijkste reden waarom cliënten niet werden gezien door de aanmeldingspunten, is immers dat de cliënt, voor het eerste gesprek kon doorgaan, reeds was vrijgekomen. Dit betekent dat in de toekomst nog korter op de bal dient gespeeld te worden om cliënten toe te leiden naar de (drug)hulpverlening. Door de aanwezigheid van **meer personeel** zouden niet alleen meer cliënten gezien kunnen worden, ook zouden cliënten met complexe noden intensiever kunnen worden opgevolgd. Dit zou hun motivatie voor begeleiding of behandeling ten goede komen (Vander Laenen et al., 2013). Aanvullend dient er voldoende tijd en ruimte te zijn voor **overleg met verschillende partners** van justitie, welzijnswerk en (drug)hulpverlening. De **uitbreiding van het mandaat** van de medewerkers van de aanmeldingspunten, tot een vorm van case management, zou er bovendien voor zorgen dat trajecten na detentie gemonitord en geëvalueerd kunnen worden.

### 6.3.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking

Een **duidelijk afgebakende en transparante taakomschrijving** en systematisch georganiseerde **informatie-of introductiemomenten** voor alle betrokken actoren kunnen zorgen voor een grotere bekendheid van de aanmeldingspunten. Dit dient met bijzondere aandacht voor de relatie tot de detentiecontext te gebeuren. **Folders, videomateriaal en dienstnota's** over de werkingsprocedures en samenwerking met andere diensten kunnen hierbij als communicatiemiddel ingezet worden. Het is aangewezen dat deze kort, duidelijk en met aandacht voor anderstalige gedetineerden opgesteld worden (MacDonald et al., 2012). Deze bekendmaking dient zowel binnen de gevangenis (bv. medische dienst, penitentiaire bewakingsassistenten,...) als buiten de gevangensmuren (bv. advocaten, rechters) te gebeuren. Zo is het aangewezen dat ook reguliere diensten buiten de (drug)hulpverlening, zoals de VDAB en het OCMW, vertrouwd zijn met de werking van de aanmeldingspunten in de gevangenissen.

In het licht van de bekendmaking is het belangrijk goed na te denken over de naam van de aanmeldingspunten. Een wijziging van de bestaande naamgeving naar bijvoorbeeld 'Contactpunt Middelenafhankelijkheid'/'Point de contacte l'abus de substances/toxicomanie' valt hierbij te overwegen. Deze naamswijziging zou duidelijk maken dat het aanmeldingspunt zich zowel naar illegale als legale middelen richt. Bovendien impliceert deze naamswijziging de uitbreiding van het takenpakket met de reeds vermelde bijkomende doelstelling op vlak van signalering. Het is aangewezen dat de naamgeving afgetoetst wordt bij de gedetineerden om na te gaan of deze voldoende toegankelijk en duidelijk is. Mogelijks roept de term 'meldpunt' immers te veel de connotatie op van 'kliklijn' voor druggebruik bij gedetineerden.

### 6.3.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking

#### 6.3.3.1. Informeren

De aanmeldingspunten vervulden een belangrijke functie in het verstrekken van drugspecifieke en behandelingsgerelateerde informatie. Het UNODC (2008, p. 59) stelt in dit opzicht: *"to support the throughcare package, prisoners should be able to easily access information about community services available to them post release"*. Om een constructieve informatieverstrekking en overdracht te kunnen bewerkstelligen is er nood aan **goede samenwerkingsverbanden** tussen verschillende diensten, zowel tussen diensten binnen de gevangensmuren als tussen diensten binnen en buiten de gevangenis. Het efficiënt uitwisselen van gegevens hangt daar nauw mee samen. Er dient voldoende



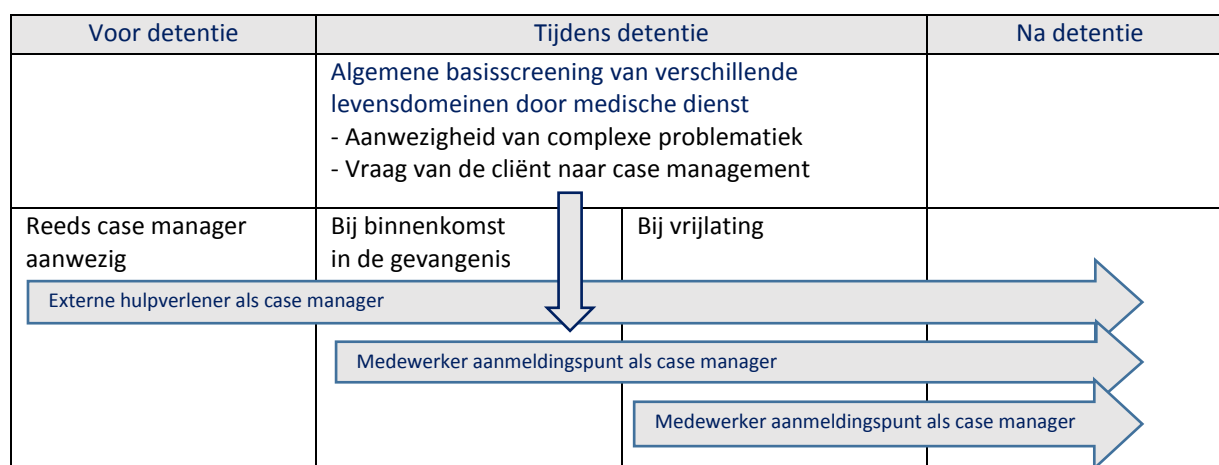
tijd uit te gaan naar de **communicatie tussen de diensten** (cf. 6.3.2.1.) en daarbij aansluitend ook naar **duidelijkheid over de rolverdeling, verwachtingen en verantwoordelijkheden** (MacDonald et al., 2012).

De medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners kunnen in het kader van het **gedeeld beroepsgeheim** informatie uitwisselen, indien die informatie noodzakelijk is voor de kwaliteit of de continuïteit van de hulpverlening en de cliënt goed geïnformeerd is over het doel en de inhoud van de uitwisseling én zijn/haar toestemming tot de uitwisseling heeft gegeven (Vander Laenen & Stas, 2015). Justitiële actoren zijn echter niet op dezelfde manier door het beroepsgeheim gebonden, waardoor er geen sprake is van gedeeld beroepsgeheim met hulpverleners (Van der Straete & Put, 2005). Deze verschillen tussen justitiële en niet-justitiële actoren staan een goede samenwerking niet in de weg, zolang duidelijke afspraken worden gemaakt over de informatiedoorstroming, met respect voor het beroepsgeheim van hulpverleners (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010)<sup>154</sup>. Het is dan ook belangrijk dat de justitiële actor zijn/haar rol duidelijk profileert naar de cliënt en dat er zowel op cliëntniveau als cliënt-overstijgend niveau duidelijke afspraken zijn (Vander Laenen, 2013).

Verder biedt de creatie van een **gemeenschappelijke database of horizontale communicatie-procedure** tussen de medewerkers van de aanmeldingspunten en (drug)hulpverleners de mogelijkheid tot een verhoging van de kwaliteit en efficiëntie van de samenwerking. De toegang tot deze databank dient uiteraard afgestemd te zijn op de regelgeving inzake privacy en beroepsgeheim. Dubbel werk door zowel de medewerkers van de aanmeldingspunten als door (drug)hulpverleners in het kader van registratie en identificatie van cliëntgebonden en cliënt-overstijgende gegevens dient zoveel mogelijk vermeden te worden.

### 6.3.3.2. Screening, assessment en case management

In figuur 21 wordt een schematisch overzicht gepresenteerd van hoe screening, assessment en case management in de toekomst door de aanmeldingspunten zouden kunnen worden georganiseerd.



*Figuur 21 : Schematisch overzicht van hoe screening, assessment en case management in de toekomst door de aanmeldingspunten zou kunnen worden georganiseerd*

Een **algemene basisscreening** bij binnenkomst in de gevangenis door de medische dienst lijkt aangewezen om problemen op het vlak van middelenmisbruik vroegtijdig te detecteren. Deze basisscreening dient zich te richten naar **verschillende levensdomeinen**: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, middelengebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en

<sup>154</sup> Dit geldt zowel voor overleg met de PSD, tijdens de detentieperiode, als voor overleg met de justitieassistent van de cliënt, die na vrijlating uit de gevangenis instaat voor de opvolging van de cliënt en de brugfunctie vormt tussen de hulpverlening en justitie.

psychisch-en emotionele gezondheid. De ‘*Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)*’ (Winters & Zenilman, 1994) en de ‘*Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)*’ (Steadman & Veysey, 1997) zijn twee valide en korte screeningsinstrumenten, met respectievelijk vier en acht vragen, die hierbij kunnen ingezet worden (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007)<sup>155</sup>. Indien uit deze screening aanwijzingen naar voor komen omtrent psychische- en/of middelen gerelateerde problemen, kan worden overgegaan tot een meer diepgaande assessment (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007). Dit kan uitgevoerd worden door de medewerkers van de aanmeldingspunten.

Case management wordt onder meer ingezet om continuïteit in het zorgtraject te garanderen (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). De case manager treedt hierbij op vanuit een motiverende, coördinerende en hulpverlenende rol en biedt op een systematische en gecoördineerde manier een breed gamma van diensten aan op maat van de cliënt (Hall, Carswell, Walsh, Huber, & Jampoler, 2002). De functie van case manager geraakt meer en meer ingeburgerd binnen de drughulpverlening en wordt in ons land vooral ingezet bij druggebruikers met een multiple en complexe problematiek en bij transities in de hulpverlening (Vanderplasschen et al., 2011).

Indien een gedetineerde voor detentie reeds een case manager heeft, kan deze externe case manager de cliënt blijven opvolgen mits toestemming van de cliënt. Indien de gedetineerde nog geen eerder contact had met de (drug)hulpverlening of geen case manager heeft, kan case management ingeschakeld worden omwille van de complexiteit van de problematiek én de hulpvraag van de cliënt. De functie van case manager wordt vervolgens ingevuld door een medewerker van het aanmeldingspunt mits toestemming van de gedetineerde. Bij het verlaten van de gevangenis blijft de ondersteuning doorlopen indien de gedetineerde hiermee akkoord gaat. Dit breidt de rol van de aanmeldingspunten aanzienlijk uit, wat met een uitbreiding van personeelsmiddelen gepaard moet gaan. Wanneer de vraag naar case management zich bij vrijlating stelt én de complexiteit van de problematiek dit vereist, kan een medewerker van het aanmeldingspunt eventueel als case manager optreden (zie Figuur 21). Anders dan bij een begeleiding en opvolging door een justitie-assistent, garandeert het beroepsgeheim van de case manager dat de vertrouwensrelatie met de cliënt ten volle kan spelen.

De inschakeling van de functie van case manager, die gedetineerden ook opvolgt en begeleidt na detentie is zeer ambitieus qua arbeidsintensiteit en benodigde middelen, maar lijkt anderzijds het meest aangewezen om tegemoet te komen aan de complexiteit aan factoren die een kwaliteitsvolle hulpverlening aan gedetineerden tijdens en na detentie bemoeilijken. Gezien de kans op herval en recidive het hoogst is binnen de eerste drie maanden na detentie, is er voornamelijk binnen deze periode een belangrijke rol weggelegd voor case management. In de literatuur worden verschillende effectieve vormen van case management beschreven die variëren in intensiteit en tijd (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

### 6.3.3.3. Motiveren

Het **bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen** die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan een eerste stap zijn in de richting van een efficiëntere werking. Op deze manier kan tegemoet gekomen worden aan de wachtlijsten tussen de aanmelding en het eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt. Deze wachttijd kan immers als een motivatie-belemmerende factor gezien worden. Naast het organisatorische aspect dient in het takenpakket van de medewerkers ook voldoende tijd en ruimte voorzien te worden voor het verlenen van **emotionele steun** om de motivatie van cliënten te behouden en versterken.

---

<sup>155</sup> Deze instrumenten zijn onderdeel van een bredere screening en assessmentprocedure die werd ontwikkeld in het kader van een eerdere BELSPO-studie “*Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*”. De BJMHS en SSI-SA werden in dit onderzoek ingezet als brede screeningsinstrumenten.

**Bijscholing** (voor zover de kennis nog niet aanwezig is) van nieuwe medewerkers op het vlak van motivationele gespreksvoering en kennis van comorbiditeit, het zorgaanbod en de werking van (drug)hulpverleningsdiensten is essentieel om de motivatie van cliënten te verhogen. Medewerkers dienen op de hoogte te zijn van mogelijke drempels die gedetineerden ervaren bij re-integratie (MacDonald et al., 2012). Bijzondere aandacht dient hierbij uit te gaan naar **specifieke doelgroepen**, zoals vrouwen, personen met een verstandelijke beperking, een psychiatrisch ziektebeeld, cliënten onder elektronisch toezicht, anderstalige cliënten en personen met een niet-Belgische nationaliteit. Deze bevindingen benadrukken het belang van **integratieve ondersteuning** die verder kijkt dan drugproblemen en oog heeft voor sterktes en barrières op diverse levensdomeinen (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). De verwezenlijking van een geïntegreerd aanbod veronderstelt dan ook dat de werking van de aanmeldingspunten ingebed is in een ruimer geheel van samenwerkingsverbanden met, bijvoorbeeld voor de Vlaamse context, onder andere JWW en GZZ (cf. infra).

Een aspect dat tot nog toe, mogelijks onder druk van de caseload, niet werd benut door de aanmeldingspunten, is het betrekken van de **familie of het ruimer netwerk** van de cliënt in het traject. Dit biedt eveneens potentieel tot motivatiebevordering. Zo blijkt uit internationaal onderzoek dat ondersteuning van familieleden een vitale rol speelt bij succesvolle re-integratie (MacDonald et al., 2012). Familie bleek eveneens een belangrijke motivatie te zijn om deel te nemen aan het kortdurend motivatieprogramma 'DRUGS de baas?!' (WP5). Daarnaast is het, volgens de deelnemers van het programma, aangewezen dat **ervaringsdeskundigen** betrokken worden tijdens de sessies. Ervaringsdeskundigen kunnen als voorbeeld fungeren en de motivatie van participanten om een begeleiding of behandeling op te starten bevorderen (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013). Ook **beperkte interferentie met activiteiten eigen aan de gevangeniscontext**, zoals de wandeling, werk en bezoeken, kan de bereidheid tot deelname aan een kortdurend motivatieprogramma verhogen. Dezelfde barrières werden aangegeven in een recente studie over de participatie van Vlaamse gedetineerden aan een beroepsvoorbereidend programma tijdens detentie (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

#### **6.3.3.3.1. Motivatie voor begeleiding of behandeling bevorderen door de verdere implementatie van 'DRUGS de baas?!' (WP5)**

Verscheidene bevindingen benadrukken het belang van een verdere implementatie en uitbreiding van het kortdurend motivatieprogramma 'DRUGS de baas?!' voor gedetineerden. Zo blijkt uit werkpakket 5 dat de deelnemers tevreden waren over het programma met een gemiddelde score van 7,7/10. De expertise, de onbevooroordeelde houding, het beroepsgeheim en de vertrouwdsheid met de gevangeniscontext van de begeleiders werd als grote sterkte van het programma ervaren door de deelnemers, begeleiders en PSD. Verschillende participanten gaven aan dat het goed was dat er eindelijk een vorm van hulpverlening aanwezig was in de gevangenis, specifiek gericht op personen met een verslavingsproblematiek. Ze vonden het programma belangrijk omdat het een eerste contact kon zijn met de hulpverlening en ervoeren het programma als een vorm van pre-therapie. Dit programma dient dan ook complementair aan de werking van de aanmeldingspunten te worden verdergezet en bij voorkeur te worden uitgebreid naar verschillende Belgische gevangenissen.

Teneinde het draagvlak en de bekendheid van het kortdurend motivatieprogramma te vergroten is het aangewezen dat gedetineerden **vroegtijdig gescreeend** worden (cf. infra) en dat de inhoud van het programma op regelmatige basis voorgesteld wordt aan de gedetineerden. Het is tevens aangewezen dat het gevangenispersoneel ook kennis neemt van het programma en dat de begeleiders van het programma **vertrouwd zijn met de gevangeniscontext**. Dit stelt hen in de mogelijkheid om in te spelen op groepsdynamische kenmerken die typerend zijn voor de gevangeniscontext (zie 5.6.). Aanvullend kan de bekendheid van de aanmeldingspunten verhoogd

worden door **één sessie** aan de werking van de aanmeldingspunten te wijden. De deelname aan het kortdurend motivatieprogramma dient **complementair** te zijn aan de werking van het aanmeldingspunt. Vanuit het aanmeldingspunt kunnen cliënten instromen in het programma, maar dit is geen vereiste. Gezien de hoeveelheid gedetineerden met een alcoholproblematiek (cf. supra) en de in onderzoek aangegeven relatie tussen alcohol, agressie en herval is voldoende aandacht voor **alcoholmisbruik** sterk aanbevolen (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

Indien het programma ook in Franstalige gevangenen wordt geïmplementeerd, dient de nodige tijd te worden voorzien voor het vertalen en aanpassen van het materiaal. Bovendien is super-en intervisie en een meerdaagse opleiding, afgestemd op de noden van de gevangeniscontext, voor de begeleiders aangewezen. Indien het programma systematisch ingebed wordt in het ruimere aanbod van hulp- en dienstverlening binnen de gevangeniscontext, kan een aanzienlijke besparing in de financiering van het programma bekomen worden. Deze implementatie vergt het nodige overleg, langetermijn-perspectief en voldoende aanwezigen en betrokken penitentiaire bewakings-assistenten.

Een zekere vorm van ondersteuning na het programma tijdens de detentieperiode wordt door alle betrokken actoren als noodzakelijk geacht om de verworven kennis, het bereikte veranderingsniveau en motivatie te behouden. Dergelijke vorm van **nazorg** dient zich te richten op: het verder expliciteren van de mogelijkheden van begeleiding en behandeling; het concretiseren en begeleiden van de overstap naar de (drug)hulpverlening; het vermijden van risicosituaties en schadebeperking; en het behouden en bevorderen van de motivatie. De begeleiders van het programma zijn goed geplaatst om deze nazorg te verstrekken, aangezien zij de deelnemers en hun motieven kennen en verder kunnen werken op inhouden uit het programma.

#### 6.3.3.4. Doorverwijzen en opvolgen

Een **eenduidige en gedragen omschrijving van het takenpakket** van de medewerkers van de aanmeldingspunten is een eerste belangrijke voorwaarde om tot efficiënte samenwerking en een vlotte doorstroom te kunnen komen. Daarnaast toont de diversiteit in het cliëntprofiel (WP1, WP4) het belang aan van een **cliëntgerichte benadering**. Een **individuele en omvattende assessment van de noden**, waarbij een participerende benadering voorop staat, is essentieel in de ontwikkeling van *‘throughcare’* (MacDonald, Williams & Kane, 2012; MacDonald et al., 2013). Daarbij is het van belang dat deze assessmentinstrumenten **gesystematiseerd en afgestemd zijn op de specifieke detentiepopulatie-en context**. Zodoende kan de realisatie van de doelstellingen van de aanmeldingspunten gemonitord en geëvalueerd worden.

De diversiteit en specificiteit van het cliëntprofiel bemoeilijkt de doorverwijzing van cliënten, mede door het hanteren van bepaalde exclusiecriteria door (drug)hulpverleningsdiensten. Dit heeft een moeizame afstemming tussen de vraag van de cliënt, het cliëntprofiel en het meest geschikte (drug)hulpverleningsaanbod tot gevolg. Meer expertise bij hulpverleners en medewerkers van de aanmeldingspunten over **bijkomende problematieken**, zoals een verstandelijke beperking of psychiatrische ziektebeelden, draagt bij tot een gerichtere doorverwijzing. Ook de bewustwording dat de moeizame doorverwijzingen van complexe casussen een **gedeelde verantwoordelijkheid** zijn van alle betrokken actoren dringt zich op.

Naast een vlotte samenwerking met de (drug)hulpverlening is een goede connectie met het **reguliere aanbod** aangewezen om aan deze moeilijkheid tegemoet te komen. Via een integraal aanbod aan hulp- en dienstverlening dient er meer ingezet te worden op het uitbouwen van de brug tussen de gevangenis en de samenleving. Dit integraal aanbod dient zich te richten naar alle belangrijke levensdomeinen, met aandacht voor algemeen welbevinden, het sociaal netwerk, vrije tijd en werk. Een actieve samenwerking met onder andere sociale huisvesting, sociale verhuurkantoren en het OCMW (bijvoorbeeld om al een leefloon of een begeleiding rond schuldbemiddeling op te starten tijdens de detentie) is sterk aangewezen (Vander Laenen, 2015b).

### 6.3.3.5. Signaleren en registreren

De signaleringsfunctie dient expliciet opgenomen te worden als bijkomende opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten, indien deze in de toekomst gecontinueerd worden. Het **bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen** die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan bijdragen aan meer tijd en ruimte voor de invulling van deze vierde hoofddoelstelling. Een **administratieve vereenvoudiging** of het ter beschikking stellen van een **computer met toegang tot netwerkverbinding** in de gevangenis kan een efficiëntere registratieprocedure bewerkstelligen.

Op nationaal en internationaal niveau heeft België zich ertoe verbonden de sleutelindicatoren van het Europese Treatment Demand Indicator (TDI)-protocol op nationaal niveau te registreren. Het doel van de TDI is het in kaart brengen van het aantal en het profiel van nieuwe cliënten in de (drug)hulpverlening in functie van zorg op maat. Aan de hand van deze nationale registratie kunnen prioriteiten voor behandeling en preventie worden vastgelegd en kosten voor gezondheidszorg worden ingeschat. De **registratie van TDI-indicatoren** binnen de aanmeldingspunten zou vanuit die optiek een belangrijke aanvullende bron van informatie vormen en het vooropgestelde registratieformulier omvatte ook de voornaamste TDI-indicatoren<sup>156</sup>. TDI-indicatoren, die niet in dit registratieformulier werden opgenomen, betroffen onder andere de leef- en woonsituatie, het opleidingsniveau, de (huidige) arbeidssituatie, de leeftijd waarop het voornaamste psychoactief middel het eerst gebruikt werd en/of eerst injecteerde (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2016; Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). Deze indicatoren werden dan ook toegevoegd aan de aangepaste registratieformulieren die als bijlage bij dit rapport zijn opgenomen (zie bijlage 1 'Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig' en bijlage 2 'Aangepast Intakeregistratieformulier Franstalig'). De nieuw ontwikkelde registratieformulieren kunnen, na afronding van het onderzoek, verder gebruikt worden zodat standaardisatie van het registratiebeheer en vergelijking tussen de aanmeldingspunten in Vlaanderen, Wallonië en Brussel in de toekomst mogelijk wordt.

Aanvullend op de systematische implementatie van de registratieformulieren is een **follow-up registratie** aangewezen om het effect van de trajecten van cliënten te monitoren en evalueren. Bij de uitbouw van dit follow-up registratieformulier dient voldoende aandacht besteed te worden aan de moeilijkheden eigen aan het registreren in een detentiecontext (cf. supra), de werklust van medewerkers en het (gedeeld) beroepsgeheim. Het is van belang dat de medewerkers van de aanmeldingspunten de geïnformeerde toestemming vragen van de cliënt voor een contactname met de (drug)hulpverleningsdienst in functie van het bevragen van het traject na doorverwijzing. Zodoende kan met instemming van de cliënt het verloop van de doorverwijzing gemonitord en geëvalueerd worden in functie van de continuïteit van zorg en herstel. Onderzoek toont immers aan dat met eenvoudige telefonische opvolging reeds helpt om herval te voorkomen en herstel te bevorderen (Dennis, Scott & Laudet, 2014). Indien deze follow-up bevraging systematisch wordt toegepast, biedt deze bovendien de mogelijkheid om barrières en hiaten in de (drug)hulpverlening bloot te leggen. Aldus kan de continuïteit van zorgtrajecten bevorderd worden door, zowel op cliëntniveau als op meer structureel niveau, barrières en hiaten aan te pakken (cf. signaleringsfunctie).

---

<sup>156</sup> Actueel gebeurt de verwerking door het federale Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid, tot de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid met de deelstaten afsprekt dat de deelstaten zelf de TDI-registratie zullen opnemen (Overgangsprotocol, 2014; Vander Laenen, 2016).

#### 6.3.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming

Eén van de meest krachtige elementen in de ontwikkeling van succesvolle trajecten is effectieve samenwerking en netwerking tussen diensten binnen de gevangenis en externe diensten die de re-integratie van gedetineerden ondersteunen (MacDonald et al., 2012). **Binnen de gevangenis** blijven teamvergaderingen met medewerkers van de aanmeldingspunten onderling aangewezen om elkaar te ondersteunen, onder meer bij mogelijke doorverwijzingen die buiten de eigen gekende regio liggen. Voor de Vlaamse situatie geldt dat herhaaldelijk overleg met medewerkers van het JWW en de CGG, werkend in de gevangenis, aangewezen is in functie van de uitbouw van een 'hulp-en dienstverleningsplan' (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). Aanvullend op het 'hulp-en dienstverleningsplan' is overleg met leden van de psychosociale dienst eveneens noodzakelijk voor de uitbouw van het detentieplan<sup>157</sup>.

In functie van een efficiënte samenwerking en doorverwijzing is het eveneens belangrijk dat medewerkers van de aanmeldingspunten betrokken worden bij overlegvergaderingen van netwerken **buiten de gevangenis**, zowel binnen de drugspecifieke hulpverlening als binnen de GGZ. Zodoende kunnen de doelstellingen en werking van de aanmeldingspunten consistent worden meegegeven en eventuele knelpunten in de samenwerking aangekaart. Een jaarlijks evaluatiemoment met de medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners, waarbij het verloop van de doorverwijzingen en cliënttrajecten geëvalueerd wordt, is aangewezen. Dergelijk evaluatiemoment zou ook bijdragen tot de professionalisering van de aanmeldingspunten, aangezien aldus de elementen die bijdragen aan een vlotte doorverwijzing verder ontwikkeld kunnen worden. Gedeeld beroepsgeheim geldt hierbij als voorwaarde, indien het overleg niet-geanonimiseerd verloopt (cf. supra).

#### 6.3.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid

##### 6.3.5.1. Geïntegreerd zorgaanbod

Een combinatie van het maximaal binnenbrengen in de gevangenis van de (drug)hulpverlening uit de samenleving en het organiseren van een gevangenis-specifiek aanbod is wenselijk, teneinde volwaardige zorg voor gedetineerden te realiseren (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Hierbij dient maximaal ingezet te worden op de uitbouw van een **(drug)hulpverleningsaanbod in elke gevangenis** én van een **geïntegreerd drugbeleid**. Dit kan mede ontwikkeld worden door de verderzetting of heropstart van de **lokale stuurgroepen drugs**. Binnen deze lokale stuurgroepen drugs dient een actieve rol te worden voorzien voor de medewerkers van de aanmeldingspunten, zowel in functie van de uitbouw van een geïntegreerd lokaal drugbeleid tijdens detentie als wat betreft het opnemen van de signaleringsfunctie.

Een verscheidenheid aan interventies kan bijdragen aan een geïntegreerde (drug)hulpverlening. Het hulp- en dienstverleningsaanbod aan de gedetineerden dient hierbij optimaal **gelinkt** te worden aan dat van **andere actoren die een verwant aanbod organiseren**, zoals de diensten JWW van de centra algemeen welzijnswerk en van de CGG (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Een knelpunt bij de integratie van zorg aan gedetineerden blijft dat de gespecialiseerde (drug)hulpverlening met een RIZIV-conventie geen activiteiten mag uitvoeren buiten de voorziening. De communautarisering van deze centra biedt dan ook de mogelijkheid om de huidige, op prestatie gerichte financiering, te vervangen door een enveloppefinanciering dan wel een meer persoons-gerichte financiering (Vlaamse Overheid, 2013; Vander Laenen, 2016), zodat zij wel zorg en

---

<sup>157</sup> In het Vlaamse decreet betreffende de organisatie van de hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (8 maart 2013) worden immers bepalingen opgenomen betreffende de gegevens-en informatie-uitwisseling tussen de betrokken partners (B.S. 11 april 2013).

ondersteuning kunnen aanbieden in de gevangenis (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014).

Een continuüm van interventies is aangewezen teneinde zorg op maat voor elke gedetineerde te kunnen uitbouwen. Dit omvattend en **geïntegreerd aanbod** dient gebaseerd te zijn op **evidence-based** praktijken, waaronder **harm reduction**-initiatieven (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Buiten detentie kunnen personen met een opiaatverslaving probleemloos een substitutiebehandeling volgen op voorschrift van een arts. Dergelijke onderhoudsbehandeling dient minimaal in alle gevangenissen te kunnen worden opgestart of verdergezet, wat momenteel niet het geval is in België (Schiltz, Van Malderen & Vanderplasschen, 2015). Het verderzetten van een methadononderhoudsbehandeling tijdens detentie draagt bij tot de behandelingsbereidheid na vrijlating, wat ook de kans vermindert op een overdosis en risicogedrag (Rich et al., 2015). Een consequent zorgbeleid rond substitutie dringt zich dan ook op, los van individuele voor- of afkeuren van artsen. Deze weerstand tegenover substitutiebehandeling bij sommige gevangenisartsen kan ondervangen worden door het aanbieden van bijkomende vorming (Vanhex, Vandevelde, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).

#### 6.3.5.2. Nazorg en opvolging

Een drugsprobleem verhoogt de kans op overdosis en mortaliteit na vrijlating uit de gevangenis aanzienlijk, onafhankelijk van socio-demografische, criminologische of familiale factoren (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Nazorg kan dit risico beperken, omdat dit een positieve invloed uitoefent op de kans op recidive en druggebruik na detentie (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Field, 1998; Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Nazorg is vooral belangrijk tijdens de **eerste drie maanden na detentie**, aangezien de kans op herval en recidive dan het hoogst is (cf. WP 2).

Het bieden van een schakel tussen de gevangenis en de (drug)hulpverlening buiten de gevangensmuren is van groot belang om de continuïteit van de zorg en lange termijn effecten te garanderen (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Momenteel is deze schakel in de Belgische detentiecontext onvoldoende uitgebouwd en komt deze verder onder druk te staan als gevolg van de stopzetting van de aanmeldingspunten in de gevangenissen. Buitenlandse voorbeelden kunnen nochtans heel wat inspiratie bieden voor de organisatie van nazorg om gedetineerden te ondersteunen bij hun **re-integratie en rehabilitatie** in de maatschappij. In Oostenrijk worden gedetineerden op een specifieke afdeling intensief voorbereid op hun vrijlating aan de hand van extra ondersteuning of groepsessies (Cox, 2013). In Spanje kunnen gedetineerden met een drugproblematiek die tijdens detentie een behandeling hebben gevolgd, hun therapie verderzetten na vrijlating (Torrens & Ruiz, 2015). Het gevangenisbeleid in Denemarken en Zwitserland betreft families intensief tijdens de detentieperiode bij het informeren over en het bespreken van de drugproblematiek (EMCDDA, 2001). Ook in de abstinenterichte 'Drug Recovery Wings' in het Verenigd Koninkrijk wordt bij de vrijlating sterk ingezet op de connectie van de gedetineerde met hulpverleningsinstanties buiten de gevangenis in functie van continuïteit van zorg (Powis, Walton & Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014).

Andere landen werken met een geïntegreerd systeem waarbij nazorg wordt ingebed in het detentieplan van de gedetineerden (EMCDDA, 2001). Daarnaast is '**peer support**' een gevestigde waarde in de gevangenissen in Engeland en Wales. Peer-gerichte interventies blijken effectief te zijn in het reduceren van risicogedrag en het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de deelnemende gedetineerden (Bagnall et al., 2015). Voornamelijk de stimulans en voorbeeldfunctie van peers blijken essentieel in het initiëren van betrokkenheid en het ondersteunen van blijvende participatie (Humphreys & Lembke, 2014). Peer-ondersteunende interventies in gevangenissen in Engeland en Wales richten zich specifiek naar middelenmisbruik, agressievermindering, nieuwe gedetineerden, gezondheid, huisvesting en werk (Edgar, Jacobson & Biggar, 2011; Sirdifield Bevan, Calverle, Mitchell, Craven & Brooker, 2007). In de peer-gerichte interventie '*Listener schemes*' wordt

sterk ingezet op **ervaringsdeskundigheid**. Gedetineerden worden er getraind tot 'listeners' om medegedetineerden emotioneel te ondersteunen (Jaffe, 2012). Ervaringsdeskundigheid biedt een grote meerwaarde aangezien factoren die het herstelproces bevorderen of belemmeren vanuit de eigen ervaring snel gedetecteerd en ten gronde begrepen worden (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).



## Referenties

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G.,... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uniwiien).
- Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.

- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.
- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soye, V., Vandeveld, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une étude exploratoire pour le développement d'une méthodologie. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009a). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009b). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). From the inside. Experiences of prison mental health care. *London: Centre for Mental Health*. 1-78.
- Edgar, K., Jacobson, J., & Biggar, K. (2011). Time well spent: A practical guide to active citizenship and volunteering in prison. *Prison Reform Trust: Prison Reform Trust London*.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Enggist, S., Møller, L., Galea, G. & Udesen, C. (2014). *Prisons and health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S. & Baillargeon, J. (2011). The health of prisoners. *Lancet*, 377(9769), 956-965. doi:10.1016/s0140-6736(10)61053-7
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.

- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie\\_in\\_cijfers](http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers)
- Field, G. (1998). Continuity of offender treatment: Institution to the community. *Prepared at the request of the Office of National Drug Control Policy. Oregon Department of Corrections, Correctional Programs Division.*
- Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.
- Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe.* 1-207.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid : sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik*(146), 16-20.
- Langan, P. A. & Levin, D. J. (2002). Recidivism of prisoners released in 1994. *Federal Sentencing Reporter*, 15(1), 58-65.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.

- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedetineerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.
- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. *London: Ministry of Justice.*
- Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J.,... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet*, 386(9991), 350-359.
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Sirdifield, C., Bevan, L., Calverley, M., Mitchell, L., Craven, J., & Brooker, C. (2007). A guide to implementing the new futures health trainer role across the criminal justice system. *University of Lincoln: Lincoln.*
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society*, 17(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveld, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekwontwikkeling*. Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistieken/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.

- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.
- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly, 13*, 1-24.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveldde, S., De Maeyer, J., De Ruysscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62–73
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.

- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, 1-34.
- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.
- Vanhex, M., Vandeveld, D., Stas, L. & vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016). *Reactie Jo Vandeurzen op berichtgeving over CAP*. Verkregen op 4 oktober, 2016, via <http://www.jovandeurzen.be/nl/reactie-jo-vandeurzen-op-berichtgeving-over-cap>
- Vlaamse Overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Verkregen op 10 januari, 2016, via <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).

# Bijlagen

## Bijlage 1

Aangepast intake registratie formulier Nederlandstalig

## 1. Intakeformulier PROSPER cliënten

De eerste 10 cliënten (dit kunnen ook cliënten zijn die reeds in het verleden door jullie geholpen zijn, maar nu een nieuwe hulpvraag stellen) die een intaker ziet vanaf **maandag 5 oktober 2015** worden via het **"Intakeformulier PROSPER cliënten (formulier 1)"** geregistreerd. Het formulier "Activiteiten & Tijdsinvestering per dossier (formulier 2)" dient ingevuld te worden voor de eerste en de derde cliënt die via het "Intakeformulier PROSPER cliënten (formulier 1)" wordt geregistreerd. De registratieformulieren worden door de onderzoekers ingewacht ten laatste op **maandag 29 februari 2016**. **Lees vooraf goed de handleiding ! Bij eventuele vragen contacteer Elke Cole via Elke.Cole@UGent.be of 09/331 03 09 (tot eind december 2015) of Lies Deckers via Lies.Deckers@UGent.be of 09/331 03 09 (vanaf januari 2016).**

### DOSSIER

Nummer: \_\_\_\_\_ Intaker \_\_\_\_\_  
Aanmeldingsdatum: □□/□□/□□□□ \_\_\_\_\_ Data van de gesprekken: \_\_\_\_\_

#### 1. Persoonlijke gegevens cliënt

Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_ Geslacht: ☐ M ☐ V

Geboortedatum : □□/□□/□□□□ \_\_\_\_\_ Nationaliteit: ☐ Belg ☐ Niet Belg, binnen EU ☐ Niet Belg, buiten EU ☐ Onbekend

Leefsituatie: ☐ Alleen ☐ Bij ouders ☐ Alleen met kind(eren) ☐ Met vrienden  
☐ Met partner en (kind)eren ☐ Met partner (zonder kind) ☐ Andere

Woonsituatie: ☐ Vaste verblijfplaats (eigen huis, bij familie, bij vrienden, bij kennissen, op kot) ☐ Voorziening/gevangenis  
☐ Wisselende verblijfplaats (dakloos) ☐ Onbekend

Adres (vermeld tussen haakjes domicilie- of verblijfsadres): \_\_\_\_\_



Hoogst behaalde opleidingsniveau: ☐ Nooit naar school geweest ☐ Lager onderwijs ☐ Secundair onderwijs  
☐ Hoger onderwijs/universiteit ☐ Onbekend

---

Arbeidssituatie (= gedurende de laatste 30 dagen): ☐ Reguliere tewerkstelling (voltijds/deeltijds) ☐ Student ☐ Werkloos  
☐ Niet-actief (met pensioen, huisman/-vrouw, medische redenen, OCMW, mutualiteit)  
☐ Andere ☐ Onbekend

---

Telefoonnummer:   /

E-mail:

---

## **2. Justitiële gegevens**

Gevangenis:

---

Verwezen door: ☐ (Hulpverlening)dienst/persoon binnen gevangenis ☐ Hulpverleningsdienst/ persoon buiten gevangenis  
☐ Familie ☐ Advocaat  
☐ Eigen initiatief ☐ Andere:

Specifiek:

---

Justitiële situatie: ☐ Voorhechtenis ☐ Strafonderbreking  
☐ In aanmerking voorlopige invrijheidsstelling (VLV) ☐ In aanmerking voorwaardige invrijheidsstelling (VI)  
☐ In aanmerking elektronische toezicht in functie van VLV ( $\leq 3$  jaar) ☐ Probatie (conditiebreuk)  
☐ In aanmerking elektronisch toezicht in functie van VI ( $\geq 3$  jaar) ☐ Geïnterneerd  
☐ Ter beschikkingstelling van de strafuitvoeringsrechtbank (TB SURB) ☐ Einde straf  
☐ In aanmerking beperkte detentie in functie van VI  
☐ Definitief veroordeeld tot een gevangenisstraf  $< 3$  jaar, nog niet in de tijdsvoorwaarden voor één van de strafuitvoeringsmodaliteiten  
☐ Definitief veroordeeld tot een gevangenisstraf  $> 3$  jaar, nog niet in de tijdsvoorwaarden voor één van de strafuitvoeringsmodaliteiten

Contactgegevens advocaat

---

### 3. Gebruik (op basis van informatie cliënt)

Alcohol- en middelengebruik						
Hoofdproduct:	Leeftijd eerste gebruik:		Leeftijd regelmatig gebruik:			
Frequentie voor detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar
Gebruikswijze voor:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken	
Frequentie tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar
Gebruikswijze tijdens:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken	
Bijkomende informatie (betreffende kwantiteit, periode, motivatie tot gebruik, uitlokkende factoren,...):						
<hr/>						
<hr/>						
Probleemproduct 2:	Leeftijd eerste gebruik:		Leeftijd regelmatig gebruik:			
Frequentie voor detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar
Gebruikswijze voor:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken	
Frequentie tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar
Gebruikswijze tijdens:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken	
Bijkomende informatie (betreffende kwantiteit, periode, motivatie tot gebruik, uitlokkende factoren,...):						
<hr/>						
<hr/>						

Probleemproduct 3:	Leeftijd eerste gebruik:		Leeftijd regelmatig gebruik:				
Frequentie voor detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar	
Gebruikswijze voor:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken		
Frequentie tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar	
Gebruikswijze tijdens:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken		
Bijkomende informatie (betreffende kwantiteit, periode, motivatie tot gebruik, uitlokkende factoren,...):							
<hr/>							
<hr/>							

Probleemproduct 4:	Leeftijd eerste gebruik:		Leeftijd regelmatig gebruik:				
Frequentie voor detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar	
Gebruikswijze voor:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken		
Frequentie tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Niet	<input type="checkbox"/> Dagelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per week	<input type="checkbox"/> Weekend	<input type="checkbox"/> Maandelijks	<input type="checkbox"/> Enkele keren per jaar	
Gebruikswijze tijdens:	<input type="checkbox"/> Injecteren	<input type="checkbox"/> Snuiven	<input type="checkbox"/> Roken	<input type="checkbox"/> Slikken	<input type="checkbox"/> Drinken		
Bijkomende informatie (betreffende kwantiteit, periode, motivatie tot gebruik, uitlokkende factoren,...):							
<hr/>							
<hr/>							

Substitutie op medisch voorschrift		
Product 1:	Beginleeftijd:	
<input type="checkbox"/> Detoxificatie	<input type="checkbox"/> Onderhoudsbehandeling	
Vóór detentie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Product 2:	Beginleeftijd:	
<input type="checkbox"/> Detoxificatie	<input type="checkbox"/> Onderhoudsbehandeling	
Vóór detentie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Tijdens detentie:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

#### **4. Drughulpverleningsgeschiedenis**

Aantal ambulante begeleidingen:      ☐ ☐ ☐

Aantal residentiële opnames:      ☐ ☐ ☐

Ooit geïnjecteerd:      ☐ Ja ☐ Nee

Bijkomende informatie (betreffende aard van hulpverleningsdienst, periode begeleiding/opname, duur begeleiding/opname,...):

---



---

### 5. Andere levensdomeinen (op basis van beleving cliënt)

Levensdomeinen	Problemen aanwezig waarvoor behandeling/ondersteuning nodig is	
Lichamelijke gezondheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Arbeid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Familiale, sociale relaties	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Psychische, emotionele gezondheid	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Woonst	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Schulden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Justitie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

### 6. Doorverwijzing naar:

Vraag Cliënt:      ☐ MSOC      ☐ Amb. Centrum      ☐ CGG      ☐ Dagwerking      ☐ Ontwenningprogramma      ☐ GGZ  
                         ☐ TG      ☐ Kortdurend programma      ☐ Huisarts      ☐ Binnen gevangenis      ☐ Andere namelijk: \_\_\_\_\_

Doorverwijzing naar:      ☐ MSOC      ☐ Amb. Centrum      ☐ CGG      ☐ Dagwerking      ☐ Ontwenningprogramma      ☐ GGZ  
                         ☐ TG      ☐ Kortdurend programma      ☐ Huisarts      ☐ Binnen gevangenis      ☐ Andere namelijk: \_\_\_\_\_

Doorverwijzing (specifieke dienst):

Doorverwijzing (contactpersoon):

### 7. Follow-up (in te vullen voor 29/02/2016)

Bevestiging voor intake verkregen van dienst waarnaar is doorverwezen:      ☐ Ja      ☐ Nee      Datum:  /  /   
Indien neen, reden :

Bevestiging voor begeleiding, behandeling van deze dienst verkregen:      ☐ Ja      ☐ Nee      Datum:  /  /   
Indien neen, reden :

Cliënt behandeling, begeleiding gestart bij dienst:      ☐ Onbekend      ☐ Ja      ☐ Nee      Datum:  /  /   
Indien onbekend of neen, reden :

## Bijlage 2

Aangepast intake registratieformulier Franstalig



Process and Outcome Study of Prison based Registration Points (PROSPER), co-financé par le SPF Santé et le SPF Justice

## 2. Intakeformulier PROSPER cliënten

Les 10 premiers clients (il peut aussi s'agir de clients qui ont déjà par le passé été aidés par votre service, mais qui ont introduit une nouvelle demande) qu'un collaborateur voit à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 sont enregistrés via le "intakeformulier PROSPER cliënten (formulaire 1)".

Le formulaire "Activités & temps investi par dossier (formulaire 2)" peut être complété pour le premier et le troisième bénéficiaire qui a été enregistré via le "Intakeformulier PROSPER cliënten (formulaire 1)". Vous êtes invités par les chercheurs à renvoyer les formulaires **au plus tard le lundi 29 février 2016**. Lisez bien le manuel ! Pour questions, contactez Elke Cole : [elke.cole@ugent.be](mailto:elke.cole@ugent.be) (jusqu'à la fin de Décembre 2015), Lies Deckers : [lies.deckers@ugent.be](mailto:lies.deckers@ugent.be) (à partir de Janvier 2016), 09/331 03 09

### DOSSIER

Numéro:

Collaborateur

Date d'inscription (date de la demande):  /  /

Date des entretiens :

#### 1. Données personnelles du bénéficiaire

Nom:

Prénom:

Sexe: ☐ M ☐ F

Date de naissance :  /  /

Nationalité: ☐ Belge ☐ Pas belge, au sein de l'UE ☐ Non Belges, en dehors de l'UE ☐ Inconnu

Conditions de vie:

☐ Seule

☐ Avec parents

☐ Seule avec enfant(s)

☐ Avec des amis

☐ Avec compagnon/campagne et enfant(s)

☐ En couple (sans enfant)

☐ Autres

Situation du logement: ☐ Résidence permanente (propre maison, avec famille, avec amis, avec des connaissances, aller kot)

☐ Structure résidentielle ou ambulatoire/ prison

☐ Résidence alternée (sans-abri)

☐ Inconnu

Adresse (Préciser s'il s'agit d'une adresse de résidence ou du domicile):

Diplôme ou certificat le plus qualifié obtenu: ☐ Jamais été à l'école ☐ Enseignement primaire ☐ Enseignement secondaire  
☐ L'enseignement supérieur / université ☐ Inconnu

---

Situation de l'emploi (= au cours des 30 derniers jours): ☐ Emploi régulier (à temps plein/temps partiel) ☐ Étudiant ☐ Sans emploi  
☐ Inactif (retraité, hommes/femmes au foyer, raisons médicales, CPAS, mutualité)  
☐ Autres ☐ Inconnu

---

N° de téléphone:   /

E-mail: \_\_\_\_\_

---

## **2. Données judiciaires**

Prison: \_\_\_\_\_

---

Orientés par:

☐ Service d'aide/personne au sein de la prison

☐ Service d'aide/personne à l'extérieur de la prison

☐ Famille

☐ Avocat

☐ Propre initiative

☐ Autre : \_\_\_\_\_

Spécificité: \_\_\_\_\_

---

Situation judiciaire:

☐ Détention préventive

☐ Interruption de peine

☐ Candidat à la libération provisoire (LP)

☐ Candidat à la libération conditionnelle (LC)

☐ Interné

☐ Fin de peine

☐ Candidat à la surveillance électronique en fonction de LP ( $\leq 3$ ans)

☐ Candidat à la détention limitée

☐ Candidat à la surveillance électronique en fonction de LC ( $> 3$ ans)

☐ Probation (bris de conditions)

☐ Mise à disposition du Tribunal de l'application des peines (MAD TAP)

☐ Condamné à moins de 3 ans, pas encore admissibles à une des formes de libération anticipée

☐ Condamné à plus de 3 ans, pas encore admissibles à une des formes de libération anticipée

Coordonnées de l'avocat: \_\_\_\_\_

---



### 3. Consommation (sur base des déclarations du bénéficiaire)

Consommation d'alcool et de stupéfiants						
Produit principal:	Âge première utilisation:			Âge auquel la consommation est devenue régulière:		
Fréquence avant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine	<input type="checkbox"/> Week-end	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Qqs fois par an
Mode de consommation avant:	<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> Sniffer	<input type="checkbox"/> Fumer	<input type="checkbox"/> Avaler	<input type="checkbox"/> Boire	
Fréquence pendant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine	<input type="checkbox"/> Week-end	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Qqs fois par an
Mode de consommation pendant:	<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> Sniffer	<input type="checkbox"/> Fumer	<input type="checkbox"/> Avaler	<input type="checkbox"/> Boire	
Information complémentaire (concernant la quantité, la période, la motivation à utiliser, les déclencheurs,...):						
<hr/>						
<hr/>						
Produit problématique 2:	Âge première utilisation:			Âge auquel la consommation est devenue régulière:		
Fréquence avant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine	<input type="checkbox"/> Week-end	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Qqs fois par an
Mode de consommation avant:	<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> Sniffer	<input type="checkbox"/> Fumer	<input type="checkbox"/> Avaler	<input type="checkbox"/> Boire	
Fréquence pendant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais	<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine	<input type="checkbox"/> Week-end	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Qqs fois par an
Mode de consommation pendant:	<input type="checkbox"/> Injection	<input type="checkbox"/> Sniffer	<input type="checkbox"/> Fumer	<input type="checkbox"/> Avaler	<input type="checkbox"/> Boire	
Information complémentaire (concernant la quantité, la période, la motivation à utiliser, les déclencheurs,...):						
<hr/>						
<hr/>						

Produit problématique 3:		Âge première utilisation:		Âge auquel la consommation est devenue régulière:		
Fréquence avant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Qqs fois par an					
Mode de consommation avant:	<input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Sniffer <input type="checkbox"/> Fumer <input type="checkbox"/> Avaler <input type="checkbox"/> Boire					
Fréquence pendant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Qqs fois par an					
Mode de consommation pendant:	<input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Sniffer <input type="checkbox"/> Fumer <input type="checkbox"/> Avaler <input type="checkbox"/> Boire					
Information complémentaire (concernant la quantité, la période, la motivation à utiliser, les déclencheurs,...):						
<hr/>						
<hr/>						

Produit problématique 4:		Âge première utilisation:		Âge auquel la consommation est devenue régulière:		
Fréquence avant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Qqs fois par an					
Mode de consommation avant:	<input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Sniffer <input type="checkbox"/> Fumer <input type="checkbox"/> Avaler <input type="checkbox"/> Boire					
Fréquence pendant la détention:	<input type="checkbox"/> Jamais <input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Qqs fois par semaine <input type="checkbox"/> Week-end <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Qqs fois par an					
Mode de consommation pendant:	<input type="checkbox"/> Injection <input type="checkbox"/> Sniffer <input type="checkbox"/> Fumer <input type="checkbox"/> Avaler <input type="checkbox"/> Boire					
Information complémentaire (concernant la quantité, la période, la motivation à utiliser, les déclencheurs,...):						
<hr/>						
<hr/>						

#### Substitution sur prescription médicale

Produit 1:

Âge auquel le traitement de substitution a débuté:

☐ Sevrage ☐ Traitement de substitution de longue durée

Avant la détention: ☐ Oui ☐ Non

Pendant la détention: ☐ Oui ☐ Non

Product 2:

Âge auquel le traitement de substitution a débuté:

☐ Sevrage ☐ Traitement de substitution de longue durée

Avant la détention: ☐ Oui ☐ Non

Pendant la détention: ☐ Oui ☐ Non

#### **4. Historique du parcours de soins**

Nombre d'accompagnements ambulatoires: ☐ ☐ ☐

Nombre d'hospitalisations résidentielles: ☐ ☐ ☐

Déjà injecté: ☐ Oui ☐ Non

Information complémentaire (concernant le type de service de soins, la période d'accompagnement/d'hospitalisation, durée d'enregistrement/d'hospitalisation):

### 5. Autres domaines de vie (sur base de l'expérience du bénéficiaire)

Domaines de vie	Présence de problèmes pour lesquels un traitement/accompagnement est nécessaire	
Santé physique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Travail	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Relations familiales et sociales	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Santé psychologique et émotionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Logement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Dettes	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Judiciaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### 6. Orientation vers:

Demande du client:    ☐ Centre de cure   ☐ Centre de postcure    ☐ Ambulatoire   ☐ Centre de jour    ☐ Maison d'accueil  
                                 ☐ Bas Seuil        ☐ Médecin                    ☐ Service médical intramuros    ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Orientation vers:       ☐ Centre de cure   ☐ Centre de postcure    ☐ Ambulatoire   ☐ Centre de jour    ☐ Maison d'accueil  
                                 ☐ Bas Seuil        ☐ Médecin                    ☐ Service médical intramuros    ☐ Autre : \_\_\_\_\_

Orientation (service spécifique): \_\_\_\_\_

Orientation (personne de contact): \_\_\_\_\_

### 7. Suivi (à compléter avant le 29/02/2016)

Confirmation de l'entretien de préadmission par le service vers lequel le bénéficiaire a été orienté: ☐ Oui    ☐ Non    Date:  /  /

Si non, quelle est la raison?: \_\_\_\_\_

Confirmation de l'admission du bénéficiaire à une prise en charge par le service: ☐ Oui    ☐ Non    Date:  /  /

Si non, quelle est la raison?: \_\_\_\_\_

Le Service a entamé l'accompagnement/traitement du bénéficiaire : ☐ Inconnu   ☐ Oui   ☐ Non    Date:  /  /

Si non ou inconnu, quelle est la raison?: \_\_\_\_\_

## Bijlage 3

Registratieformulier Activiteiten en tijdsinvestering per dossier

## 2. Activiteiten & tijdsinvestering per dossier

*De eerste 10 cliënten (dit kunnen ook cliënten zijn die reeds in het verleden door jullie geholpen zijn, maar nu een nieuwe hulpvraag stellen) die een intaker ziet vanaf 1 oktober 2015 worden via het "intakeformulier PROSPER cliënten (formulier 1)" geregistreerd.*

*Het formulier "**Activiteiten & Tijdsinvestering per dossier (formulier 2)**" dient ingevuld te worden voor de eerste en de derde cliënt die via het "Intakeformulier PROSPER cliënten (formulier 1)" wordt geregistreerd.*

### DOSSIER

Nummer:

Intaker:

#### 1. Wachtlijst

Aanmeldingsdatum:  /  /

Datum 1<sup>ste</sup> gesprek:  /  /

Tijd tussen aanmelding en 1<sup>e</sup> gesprek (aantal dagen):

## 2. Gesprekken cliënten en wachttijden

Gesprek (datum)	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijving bijkomende activiteiten voor gesprek cliënt (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op de cliënt, ...)	Duur (minuten)

**3. Professionele contacten binnen gevangeniscontext (PSD, JWW, advocaat, VDAB,...) en met externe hulpverlening (Ambulant Centrum, MSOC, TG,...)**

Datum	Wie	Situering Dienst	Vorm? (duid aan wat past)	Inhoud, doel?	Duur (minuten)
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		



Datum	Wie	Situering Dienst	Vorm? (duid aan wat past)	Inhoud, doel?	Duur (minuten)
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		
		<input type="checkbox"/> externe hulpverlening <input type="checkbox"/> binnen gevangeniscontext	<input type="checkbox"/> Telefonisch <input type="checkbox"/> Mail <input type="checkbox"/> Persoonlijk <input type="checkbox"/> Andere		

#### **4.(Voorbereiding) doorverwijzing**

Tijd opstellen verslag (minuten):

Wachttijd beslissing hulpverleningsorganisatie (dagen):

## Bijlage 4

Enregistrement Activités & temps investi par dossier

Process and Outcome Study of Prison based Registration Points (PROSPER), co-financé par le SPF Santé et le SPF Justice

## 2. Activités & temps investi par dossier

*Les 10 premiers clients (il peut aussi s'agir de clients qui ont déjà par le passé été aidés par votre service, mais qui ont introduit une nouvelle demande) qu'un collaborateur voit à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2015 sont enregistrés via le "intakeformulaire PROSPER cliënten (formulaire 1)".*

*Le formulaire "**Activités & Temps investi par dossier (formulaire 2)**" peut être complété pour le premier et le troisième bénéficiaire qui ont été enregistrés via le "Intakeformulaire PROSPER cliënten (formulaire 1)".*

### DOSSIER

Numéro: \_\_\_\_\_

Collaborateur : \_\_\_\_\_

#### 1. Liste d'attente

Date d'inscription: □□ / □□ / □□□□

Date 1<sup>er</sup> entretien: □□ / □□ / □□□□

Temps entre la date d'inscription (date de la demande) et le 1<sup>er</sup> entretien (nombre de jours): □□□

## **2. Entretiens et temps d'attente**

Entretien (date)	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles liées à un entretien (p. ex.: entrée dans la prison, attente du bénéficiaire, ...)	Durée (minutes)

**3.Contacts professionnels au sein de la prison (SPS, SAD, avocat, ...) et avec les services d'aide externe (Ambulatoire, centre de jour, résidentiel,...)**

Date	Qui	Localisation du service	Forme? (indiquez ce qui convient)	Contenu, objectif?	Durée (minutes)
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		

Date	Qui	Localisation du service	Forme? (indiquez ce qui convient)	Contenu, objectif?	Durée (minutes)
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		
		<input type="checkbox"/> service d'aide externe <input type="checkbox"/> service intramuros	<input type="checkbox"/> Téléphonique <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Interpersonnelle <input type="checkbox"/> Autre		

#### **4.(préparation de l') orientation**

Temps pour rédiger le rapport (minutes):

Temps d'attente avant d'obtenir la décision du service d'aide (jours):

## Bijlage 5

Registratieformulier Activiteiten & tijdsinvestering cliënt-overstijgende activiteiten

### 3. Activiteiten & tijdsinvestering cliënt-overstijgende activiteiten

*In dit document willen de onderzoekers, zicht krijgen op hoeveel werktijd per intaker uitgaat naar cliënt-overstijgende aangelegenheden, activiteiten dus die niet gelinkt kunnen worden aan het werken rond één cliënt (registratieformulieren cliënten: formulier 1 en 2). De bedoeling is hier het takenpakket van een intaker in kaart te brengen en de tijd die de intaker investeert in deze activiteiten te kwantificeren. Aan de hand van een overzicht van deze activiteiten per intaker tussen 5 oktober 2015 en 31 januari 2016, zal het onderzoeksteam een evaluatie kunnen maken van tijdsinvestering per medewerker.*

Intaker: \_\_\_\_\_

- 1. Structurele contacten binnen gevangenis (overleg, vergadering, stuurgroep, ... met PSD, gezondheidsdienst, zorgteam, directie gevangenis, penitentiaire bewakingsassistenten,...), met externe hulpverlening (overleg, meedraaidagen, netwerkvorming), met team (teamvergadering, casusbespreking) en opleiding/vorming.**

Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				



Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten voor gesprek (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				

Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten voor gesprek (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				

Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten voor gesprek (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				

Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten voor gesprek (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				

Datum	Vorm	Inhoud	Duur (minuten)	Omschrijf bijkomende activiteiten voor gesprek (vb.: binnenkomen gevangenis, wachten op persoon, verplaatsing,...)	Duur (minuten)
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				
	<input type="checkbox"/> contact binnen gevangenis <input type="checkbox"/> contact met externe hulpverlening <input type="checkbox"/> contact met team <input type="checkbox"/> opleiding/vorming				

## Bijlage 6

Enregistrement Activités & temps investi aux autres tâches que celles qui visent à solutionner les problèmes d'un bénéficiaire

### 3. Activités & temps investi aux autres tâches que celles qui visent à solutionner les problèmes d'un bénéficiaire

*Dans ce document les chercheurs veulent avoir une vue sur le temps de travail consacré par chaque collaborateur aux autres tâches que celles qui visent à solutionner les problèmes d'un bénéficiaire, c'est-à-dire des activités qui ne concernent donc pas strictement la demande d'un bénéficiaire (formulaire d'enregistrement: formulaire 1 et 2). L'objectif ici est de mettre en carte l'ensemble des tâches d'un collaborateur et de quantifier le temps que le collaborateur investit dans l'accomplissement de ces activités. Au moyen d'un aperçu de ces activités par collaborateur entre le 1er octobre 2015 et le 31 janvier 2016, l'équipe de recherche pourra faire une évaluation du temps investi par collaborateur.*

Collaborateur: \_\_\_\_\_

- 1. Contacts structurels au sein de la prison (concertations, réunions, groupes de pilotage, ... avec le SPS, les services médicaux, la direction, les agents pénitentiaires, ...), avec les services d'aide externe (concertation, immersion en contexte professionnel (stage), réseautage), avec l'équipe (réunion d'équipe, discussion de cas) et formation.**

Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, déplacements, ...)	Durée (minutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				

Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, réunions, déplacements, ...)	Durée(mi nutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				



Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, réunions, déplacements, ...)	Durée(mi nutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				

Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, réunions, déplacements, ...)	Durée(mi nutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				

Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, réunions, déplacements, ...)	Durée(mi nutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				

Date	Forme	Contenu	Durée (minutes)	Description des tâches additionnelles (p. ex.: entrée dans la prison, réunions, déplacements, ...)	Durée(mi nutes)
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				
	<input type="checkbox"/> contacts intramuros <input type="checkbox"/> contacts avec les services d'aide externes <input type="checkbox"/> contacts avec l'équipe <input type="checkbox"/> formation				

## Bijlage 7

Informed consent Cliënten Werkpakket 4

## ***Deelname aan onderzoek 'PROSPER'***

Beste,

De Universiteit Gent en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie voeren gezamenlijk een onderzoek uit naar de werking van de Centrale Aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis (CAP).

Het onderzoek, met als titel PROSPER (PRocess and Outcome Study of Prison-basEd Registration points), wordt uitgevoerd in opdracht van BELSPO (Programmatorische Federale Overheidsdienst Wetenschapsbeleid), met een cofinanciering van de FOD Justitie en de FOD Volksgezondheid.

Het PROSPER-project heeft drie doelstellingen:

- 4. De huidige werking van de CAP's onderzoeken.*
- 5. Het in kaart brengen van hoe de CAP's ervaren worden door de verschillende betrokkenen (cliënten, hulpverleners,...)*
- 6. Het formuleren van beleidsaanbevelingen met betrekking tot het eventueel verderzetten, uitbreiden en/of aanpassen van de huidige werking van de CAP's.*

Het PROSPER-onderzoek bestaat uit 6 verschillende delen. Voor één van deze delen zouden wij uw medewerking willen vragen, omdat we graag zouden weten welke invloed het CAP heeft op uw behandeltraject en welbevinden. Concreet willen we via deze informed consent uw toestemming en uw medewerking vragen voor onderstaande:

- Wij zouden in het kader van het onderzoek een aantal van uw persoonsgegevens nodig hebben (vb: leeftijd). Deze gegevens zullen door het CAP geregistreerd en bijgehouden worden. De onderzoekers van het PROSPER- project (uitleg zie hierboven) zullen toegang hebben tot deze gegevens, maar zullen deze gegevens enkel gebruiken in het kader van het onderzoek. Om u privacy te beschermen, zullen uw gegevens volledig anoniem gerapporteerd worden in het onderzoek.
- Wij zouden u via een telefonisch interview een aantal vragen willen stellen over uzelf en uw huidige leefsituatie na een doorverwijzing door het CAP. Het interview zal worden afgenomen door één van onze onderzoekers en zal plaatsvinden binnen een periode van ongeveer 6 maanden.
- Verder kan u uw toestemming geven aan de onderzoekers om uw persoonlijke gegevens (Naam en geboortedatum) te linken aan de databanken van justitie. Op deze manier wil het onderzoeksteam zicht krijgen op de effectiviteit van het CAP aan de hand van recidive. Wij zullen uw privacy beschermen door volledig anoniem te rapporteren in het onderzoeksverslag. Op het laatste blad (bij puntje 10) kan u aangeven of uw persoonsgegevens eenmalig gebruikt mogen worden om deze te linken met databanken van justitie. Als u hiermee toestemt vragen wij u om het vakje aan te vinken.

Als u verder nog vragen heeft, kunt u steeds contact opnemen met Elke Cole (tot 31 december 2015) of Lies Deckers (vanaf 1 januari 2016), onderzoekers van het project 'PROSPER'. Verder kan u ook contact opnemen indien u individuele feedback wenst over de resultaten van het onderzoek.

### **Hartelijk dank voor uw medewerking!**

Prof. dr. Stijn Vandevelde, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

Prof. dr. Wouter Vanderplasschen, Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

Prof. dr. Freya Vander Laenen, Universiteit Gent, Vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht

Dr. Benjamin Mine, NICC

Dr. Eric Maes, NICC

Lies Deckers / Elke Cole – onderzoekers 'PROSPER'

Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek

Begijnhoflaan 464

B-9000 Gent

09/331.03.09

[Lies.Deckers@UGent.be](mailto:Lies.Deckers@UGent.be)

[Elke.Cole@Ugent.be](mailto:Elke.Cole@Ugent.be)



Ik, (ondergetekende),

..... ( volledige naam in drukletters a.u.b.)

ga ermee akkoord mijn medewerking te verlenen aan het onderzoek en ga akkoord met het volgende:

- (1) Ik heb voldoende informatie gekregen omtrent het doel van het onderzoek;
- (2) Ik heb elke vraag in verband met het onderzoek kunnen stellen;
- (3) Ik neem totaal uit vrije wil en op vrijwillige basis deel aan het onderzoek;
- (4) Ik geef de toestemming aan de onderzoeker om mijn resultaten op een vertrouwelijke wijze te bewaren, op een vertrouwelijke wijze te verwerken en op een anonieme wijze te rapporteren;
- (5) Ik begrijp dat alle gegevens die ik in het kader van dit interview verstrek, geheel vertrouwelijk zullen worden verwerkt en enkel in functie van het onderzoek zullen worden gebruikt;
- (6) Ik ben op de hoogte van de mogelijkheid om mijn deelname aan het onderzoek op ieder moment stop te zetten en dit zonder opgave van reden;
- (7) Ik weet dat het niet deelnemen aan dit onderzoek geen gevolg heeft op verdere begeleiding, behandeling,... binnen de gevangenis.
- (8) Ik ben ervan op de hoogte dat ik op aanvraag een samenvatting van de onderzoeksbevindingen kan krijgen;
- (9) Ik ben ervan op de hoogte dat de onderzoeker me zal contacteren via het telefoonnummer .....
- (10) ☐ Ik geef de onderzoekers de toestemming mijn persoonlijk gegevens te gebruiken om eenmalig te linken met gegevens van de justitiële databanken.

Voor akkoord,

Plaats en datum Naam + handtekening van de deelnemer

.....

Plaats en datum Naam + handtekening van de onderzoeker

.....

Ik, (ondergetekende),

..... ( volledige naam in drukletters a.u.b.)

geef via dit formulier de toestemming om me te lokaliseren wanneer ik niet meer telefonisch kan bereikt worden.

Hieronder geef ik drie namen en telefoonnummers van personen (als ik slechts één of twee personen wil opgeven weet ik dat dit geen probleem is) op die me nauw aan het hart liggen en die weten waar of hoe ik kan gecontacteerd worden als de onderzoekers hier niet in slagen via telefoon.

Persoon 1:



- Naam:
- Relatie tot de persoon:
- Telefoonnummer:

Persoon 2:

- Naam:
- Relatie tot de persoon:
- Telefoonnummer:

Persoon 3:

- Naam:
- Relatie tot de persoon:
- Telefoonnummer:

Voor akkoord,  
Plaats en datum Naam + handtekening van de deelnemer

.....

Plaats en datum Naam + handtekening van de onderzoeker

.....

## Bijlage 8

Telefonische Follow-up werkpakket 4

# Telefonische Follow-up werkpakket 4

---

*Cliëntcode:*

## **Introductie**

Ongeveer een half jaar geleden heeft u aan een medewerker van het centraal aanmeldpunt laten weten graag te willen deelnemen aan een wetenschappelijk onderzoek van de Universiteit Gent en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie. Het onderzoek gaat over de invloed van het centraal aanmeldpunt op uw doorverwijzing naar de hulpverlening. U gaf tijdens de gesprekken met de medewerker van het centraal aanmeldpunt toestemming om u 6 maanden na het eerste gesprek opnieuw te contacteren om te polsen naar uw welbevinden over het centraal aanmeldpunt en u een aantal vragen te stellen over uw huidige leefsituatie.

Indien u het nog steeds ziet zitten deel te nemen aan het onderzoek en indien het nu voor u past, zouden we u graag een aantal vragen willen stellen. Dit zal slechts enkele minuten van uw tijd in beslag nemen. Al de antwoorden die u zal geven, zullen anoniem worden opgeslagen en enkel op een vertrouwelijke wijze gebruikt worden voor wetenschappelijk onderzoek.

## **Vragen**

1. In het eerste luik willen we graag wat meer zicht krijgen op de huidige drughulpverleningssituatie.

✓ Naar welk type hulpverlening heeft het centraal aanmeldpunt u doorverwezen?

MSOC – Amb. Centrum – CGG – Dagwerking – Ontwenningsprogramma – GGZ – TG – Kortdurend programma – Andere

✓ Verblijft u momenteel nog in of bent u nog steeds in begeleiding bij deze hulpverleningsvoorziening naar waar het centraal aanmeldpunt u heeft doorverwezen?

- Ja, In welke mate bent u tevreden over uw huidige behandeling/begeleiding?  
Geef een score van 1 tot en met 5, waarbij 1 correspondeert met 'Uitermate ontevreden' en 5 correspondeert met 'Uitermate tevreden'?

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Waarom?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Nee, Succesvol voltooid – Vroegtijdig afgerond

Waarom?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Het tweede deel wil meer duidelijkheid krijgen op de rol van het centraal aanmeldpunt en uw tevredenheid over het centrale aanmeldpunt?

- ✓ In welke mate bent u tevreden over de rol van het aanmeldpunt bij de doorverwijzing? Geef een score van 1 tot en met 5, waarbij 1 correspondeert met 'Uitermate ontevreden' en 5 correspondeert met 'Uitermate tevreden'?

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Waarom?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ✓ In welke mate bent u tevreden over de rol van het aanmeldpunt bij de informatieverstrekking (over de mogelijke hulpverlening)? Geef een score van 1 tot en met 5, waarbij 1 correspondeert met 'Uitermate ontevreden' en 5 correspondeert met 'Uitermate tevreden'?

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Waarom?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- ✓ In welke mate bent u tevreden over de rol van het aanmeldpunt met betrekking tot het verhogen van uw motivatie tot behandeling? Geef een score van 1 tot en met 5, waarbij 1 correspondeert met 'Uitermate ontevreden' en 5 correspondeert met 'Uitermate tevreden'?

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Waarom?: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Graag willen we polsen naar het huidige alcohol-, medicatie of druggebruik in het derde deel van de vragenlijst.

✓ Is er in deze huidige periode sprake van drug-, alcohol, medicatiegebruik?

Nee – Ja, Wat is het hoofdproduct? \_\_\_\_\_

✓ Wat is de huidige frequentie van gebruik? Dagelijks – Enkele keren per week – Weekendgebruik – Minder dan 1 keer per week

✓ Is er een verschil merkbaar tussen het gebruik voor de doorverwijzing door het centrale aanmeldpunt en het gebruik na de doorverwijzing?

Nee – Ja, In welke zin?

---

4. Net zoals tijdens het gesprek met de medewerker van het centrale aanmeldpunt, willen we graag weten of er op andere (levens)gebieden volgens u nog behandeling of ondersteuning nodig is.

✓ Zijn er nog problemen waarvoor er behandeling/ondersteuning nodig is op gebied van...?

- Lichamelijke gezondheid: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Arbeid: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Familiale, sociale relaties: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Psychische, emotionele gezondheid: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Woonst: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Schulden: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

- Justitie: Nee – Ja

Krijgt u hierin momenteel ondersteuning? Nee – Ja

Indien Ja: Heeft het centraal aanmeldpunt hierin een rol gespeeld? Nee – Ja

5. In het laatste deel willen we u graag vragen wat uw algemene bevindingen zijn van het centrale aanmeldpunt. Wat vond u goed? Wat zou beter kunnen?

---

---

---

---

Namens de hele onderzoeksploeg hartelijk bedankt voor uw deelname.

## Bijlage 9

Telefonische Follow-up werkpakket 4 Franstalig

# Telefonische Follow-up werkpakket 4

---

*Cliëntcode:*

## Introduction

Il y a environ six mois, un de vos employées a répondu positif sur notre demande de participer à la recherche scientifique de l'université de Gand et l'institut national de Criminalistique et de Criminologie. La recherche se concentre sur l'influence du point central d'inscription pour votre référence au traitement médicamenteux. Vous avez donné au cours d'entretiens avec le personnel de l'autorisation centrale du point d'alignement pour vous contacter six mois après le premier appel à nouveau son à votre bien-être sur le point central d'inscription et de poser quelques questions sur votre situation de vie actuelle. Si vous voulez toujours participer à l'enquête et si c'est convié pour vous, nous aimerions vous poser quelques questions. Cela ne prendra que quelques minutes de votre temps. Toutes les réponses que vous donnerez, seront stockées de façon anonyme et uniquement utilisées de manière confidentielle pour la recherche scientifique.

## Vragen

6. Pour commencer, je vais vous poser quelques questions au sujet de votre service de traitement de drogues actuels.

✓ À quel type de l'assistance êtes-vous orientés par le sep by step/Prisme ?

Centre de cure – centre de postcure – ambulatoire – centre de jour – Bas Seuil – Médecin – Service médical intramuros – maison d'accueil – autres : ...

✓ Êtes-vous encore dans cette orientation ? Oui ou non ?

- **Oui**, à quelle mesure êtes-vous content de votre traitement/ assistance ? Pouvez vous donner un score d'un à cinq. Un est vraiment malcontent, cinq signifie que vous êtes vraiment content.

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

- **Non**, est-ce que le traitement est terminé au succès ? Ou est-ce que le traitement est arrêté plus tôt ?

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

7. En suivant, je vais vous poser quelques questions au sujet du rôle du step by step/ le prisme et votre satisfaction du step by step/le prisme ?



- ✓ Est-ce que vous êtes satisfait/content du renvoi/de l'orientation ? Vous pouvez le donner un score d'un à cinq. Un est vraiment malcontent, cinq signifie que vous êtes vraiment content.

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

- ✓ Est-ce que vous êtes satisfait par l'information que vous avez reçu de step by step/le prisme? Pouvez-vous le donner un score d'un à cinq. Un est vraiment malcontent, cinq signifie que vous êtes vraiment content.

Score: 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

- ✓ Est-ce que le step by step/le prisme a augmenté votre motivation ? Pouvez vous le donner un score d'un à cinq. Un est vraiment malcontent, cinq signifie que vous êtes vraiment content.

Score : 1 – 2 – 3 – 4 – 5

Pourquoi?: \_\_\_\_\_

8. Graag willen we polsen naar het huidige alcohol-, medicatie of druggebruik in het derde deel van de vragenlijst. Maintenant je vais poser quelques questions au sujet de votre usage courant d'alcool, médication ou drogues.

- ✓ Est-ce qu'il y a maintenant un usage de drogues, d'alcool ou des médicaments ?

Non – oui, quel produit vous utilisez le plus maintenant? \_\_\_\_\_

- ✓ Quel est le fréquence d'usage? Une fois par jour – quelques fois par semaine– seulement dans le weekend – moins d'une fois par semaine

- ✓ Est-ce qu'il y a une différence entre l'usage de drogues avant et après l'orientation du step by step/prisme?

Non - oui? \_\_\_\_\_

9. Comme dans la conversation précédente avec un employé du step by step/le prisme, nous voulons savoir qu'il y a des problèmes dans les autres domaines de la vie et est-ce qu'il y a un besoin d'assistance/traitement pour ça.

- ✓ Est-ce qu'il y a d'autres problèmes pour lesquels un traitement ou accompagnement est nécessaire ?

- Dans le domaine de **Santé physique** : non- oui

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement ? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- travail: oui – non

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- Relations familiales et sociales: non – oui

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- Santé psychologique et émotionnelle: non – oui

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- logement: Nee – Ja

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- Dettes: Nee – Ja

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

- Judiciaire: Nee – Ja

Est-ce qu'il y a un traitement actuellement? Non - oui

Si oui: Est-ce que le step by step/prisme a joué un rôle? Non – oui

10. Et pour terminer encore une dernière question: quelle est votre opinion générale de step by step/le prisme? Est-ce qu'il y a des choses qui doivent changer dans l'avenir?

---

---

---

Au nom du groupe d'investigation de l'université de Gand, Merci beaucoup pour votre participation! Courage et bonne chance !

## Bijlage 10

### Vragenlijst Intakers Werkpakket 3

## **Vragenlijst Intakers**

### **Kwalificaties**

- 1.** Hoe lang werkt u al voor het CAP?

*Doelstelling: ervaring*

- 2.** Welke is uw ervaring met werken met mensen met middelenproblematiek?

*Doelstelling: ervaring drughulpverlening*

- 3.** Bent u fulltime tewerk gesteld voor het CAP? Indien nee, wat is uw eventuele bijkomende functie?

*Doelstelling: functies*

- 4.** Binnen welke gevangenissen bent u tewerk gesteld?

*Doelstelling: context*

- 5.** Met hoeveel CAP-cliënten heeft u contact per week?

*Doelstelling: case load, intensiteit*

### **Werking van het CAP**

- 6.** Kan u in uw eigen woorden omschrijven wat het CAP is, wat het CAP doet?

*Doelstelling: perceptie CAP*

- 7.** Wat zijn de doelstellingen van het CAP?

*Doelstelling: perceptie CAP*

- 8.** Wat is uw rol, wat zijn uw kerntaken bij het CAP?

*Doelstelling: rol, kerntaken, opdracht*

- 9.** Welke voorwaarden zijn voor u belangrijk om uw opdracht goed te kunnen uitvoeren (voldoende tijd, geen te hoge case load,...)?

*Doelstelling: voorwaarden opdracht*

- 10.** We weten hoe alles er in de theorie aan toegaat, maar vertel nu zelf hoe het concreet in de praktijk aan toegaat met een druggebruiker in de gevangenis eens hij aangemeld wordt bij het CAP?

*Doelstelling: aan de hand van praktijkvoorbeelden zoveel mogelijke praktische informatie verzamelen zonder sturing*

### **Cliënten**

- 11.** Kunt u het profiel omschrijven van de cliënten die vanuit het CAP worden doorverwezen?

*Doelstelling: context – profiel*

- 12.** Hoeveel tijd investeert u in een cliënt? (gesprek, doorverwijzingsinspanning, wachttijden,...)

*Doelstelling: tijdsinvestering*

**13.** Wat denkt u dat cliënten verwachten van het systeem van het CAP?

*Doelstelling: perceptie op cliëntperceptie*

**Inbedding en samenwerking drughulpverleningsnetwerk**

**14.** Kan u een overzicht geven van de organisaties naar waar u doorverwijst?

*Doelstelling: hulpverleningsorganisaties per regio/gevangenis*

**15.** Welke criteria hanteert u bij het maken van de keuze voor een bepaalde hulpverleningsvoorziening?

*Doelstelling: redenen expliciete voorkeur algemeen*

**16.** Hoe gebeurt de doorverwijzing concreet?

*Doelstelling: doorverwijzing*

**17.** Hoe vlot loopt een doorverwijzing?

*Doelstelling: doorverwijzing*

**18.** Hoe staan de hulpverleningsvoorzieningen tegenover het opnemen van deze cliënten in hun centrum?

*Doelstelling: weerstand – openheid hulpverleningsorganisaties*

**19.** In hoeverre hebt u zicht op het verloop van het hulpverleningstraject van een cliënt en dit vanaf het moment dat hij met u in contact komt?

*Doelstelling: opvolging*

**20.** Naar welke hulpverleningsorganisaties verwijst u zelf minder of niet naar door?

*Doelstelling: peilen naar systeemproblemen en weerstand*

**21.** Wat is/zijn daar de reden(en) voor?

*Doelstelling: Peilen naar redenensysteemproblemen en weerstand*

**22.** Hoe zou u de relatie omschrijven die u heeft met de drughulpverlening (buiten de gevangensemuren)?

*Doelstelling: samenwerking drughulpverlening*

**23.** Welke concrete stappen zijn reeds genomen om deze relatie op elkaar af te stemmen?

*Doelstelling: samenwerking drughulpverlening*

**Samenwerking algemeen netwerk**

**24.** Met welke actoren werkt u regelmatig samen? (hulpverlening, justitie,...)

*Doelstelling: netwerk, betrokken actoren*

**25.** Hoe verloopt de samenwerking met de andere actoren?

*Doelstelling: samenwerking betrokken actoren*

**26.** Denkt u dat het CAP voldoende bekend is bij de verschillende actoren (hulpverlening, justitie,...)

*Doelstelling: perceptie kennis actoren*

- 27.** In hoeverre heeft u de mogelijkheid om te communiceren met de verschillende betrokken actoren? (betrokkenen bij aanmelding, betrokkenen bij doorverwijzing,...)

*Doelstelling: communicatie – mogelijkheden*

- 28.** In hoeverre wordt er vlot tussen de verschillende diensten gecommuniceerd?

*Doelstelling: communicatie – praktijk*

*Uitdagingen voor de toekomst*

- 29.** Welke toekomst denkt u dat er algemeen weggelegd is voor het CAP, als er niets verandert aan het CAP, als het blijft zoals het is?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – status quo*

- 30.** Indien u zaken zou veranderen aan het CAP, hebt u suggesties of aanbevelingen voor het verbeteren van het CAP?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – suggesties*

- 31.** Wat vindt u dat er zeker behouden moet blijven aan de werking van het CAP?

*Doelstelling: positieve eigenschappen*

## Bijlage 11

### Vragenlijst Justitie Werkpakket 3

## **Vragenlijst Justitie**

### **Kwalificaties**

1. Functie
2. Gerechtelijk arrondissement
3. Ervaring

### **Werking van het CAP**

4. Kan u in uw eigen woorden omschrijven wat het CAP is, wat het CAP doet?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
5. Wat zijn de doelstellingen van het CAP?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
6. In welke mate wordt u in de uitoefening van uw job geconfronteerd met het CAP?  
*Doelstelling: context*
7. Hoe percipieert/staat u tegenover het CAP, en dit vanuit uw functie?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
8. Hoe ervaart u de samenwerking met het CAP?  
*Doelstelling: samenwerking*
9. Wat spreekt u aan in het CAP, welke zijn de sterktes?  
*Doelstelling: sterktes*
10. Welke positieve ervaringen heeft u reeds gehad met betrekking tot het CAP?  
*Doelstelling: sterktes*
11. Hebt u, anderzijds, al problemen ervaren met betrekking tot het CAP?  
*Doelstelling: problemen algemeen (positief – negatief)*
12. Indien ja, wat waren de grootste struikelblokken bij het CAP die u of uw cliënten ervoeren?  
*Doelstelling: Problemen algemeen (welke?)*

### **Cliënten**

13. Kunt u het profiel omschrijven van de cliënten die naar het CAP worden doorverwezen?  
*Doelstelling: context – profiel*
14. Wat denkt u dat cliënten verwachten van het systeem van het CAP?  
*Doelstelling: perceptie op cliëntperceptie*



### **Samenwerking netwerk**

**15.** Denkt u dat het CAP voldoende bekend is bij de justitiële actoren?

*Doelstelling: perceptie kennis*

**16.** Hoe verloopt de communicatie tussen u en het CAP?

*Doelstelling: communicatie*

**17.** Welke verwachtingen heeft u met betrekking tot die dossiers waar ten aanzien van de cliënt het CAP wordt voor ingeschakeld? A. Naar effect (algemeen, naar recidive en naar motivatie,...)? B. Naar ondersteuning? C. Naar de relatie met u?

*Doelstelling: verwachtingen effect – ondersteuning – relatie actoren*

### **Uitdagingen voor de toekomst**

**18.** Welke toekomst denkt u dat er algemeen weggelegd is voor het CAP, als er niets verandert aan het CAP, als het blijft zoals het is?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – status quo*

**19.** Indien u zaken zou veranderen aan het CAP, hebt u suggesties of aanbevelingen voor het verbeteren van het CAP?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – suggesties*

**20.** Wat vindt u dat er zeker behouden moet blijven aan de werking van het CAP?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – positieve eigenschappen*

## Bijlage 12

Vragenlijst Hulverlening Werkpakket 3

## **Vragenlijst Hulpverlening**

### **Kwalificaties**

1. Functie
2. Dienst
3. Ervaring

### **Werking van het CAP**

4. Kan u in uw eigen woorden omschrijven wat het CAP is, wat het CAP doet?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
5. Wat zijn de doelstellingen van het CAP?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
6. In welke mate wordt u in de uitoefening van uw job geconfronteerd met het CAP?  
*Doelstelling: context*
7. Hoe percipieert/staat u tegenover het CAP, en dit vanuit uw functie?  
*Doelstelling: perceptie CAP*
8. Hoe ervaart u de samenwerking met het CAP?  
*Doelstelling: samenwerking*
9. Wat spreekt u aan in het CAP, welke zijn de sterktes?  
*Doelstelling: sterktes*
10. Welke positieve ervaringen heeft u reeds gehad met betrekking tot het CAP?  
*Doelstelling: sterktes*
11. Hebt u, anderzijds, al problemen ervaren met betrekking tot het CAP?  
*Doelstelling: problemen algemeen (positief – negatief)*
12. Indien ja, wat waren de grootste struikelblokken bij het CAP die u of uw cliënten ervoeren?  
*Doelstelling: Problemen algemeen (welke?)*

### **Cliënten**

13. Kunt u het profiel omschrijven van de cliënten die naar het CAP worden doorverwezen?  
*Doelstelling: context – profiel*
14. Merkt u verschil bij cliënten die vanuit het CAP worden doorverwezen of diegenen die zich vrijwillig aanmelden?  
*Doelstelling: verschillen profiel vrijwillig - CAP*
15. Wat denkt u dat cliënten verwachten van het systeem van het CAP?  
*Doelstelling: perceptie op cliëntperceptie*

### **Samenwerking netwerk**

**16.** Denkt u dat het CAP voldoende bekend is bij de hulpverlening

*Doelstelling: perceptie kennis*

**17.** Hoe verloopt de communicatie tussen u als hulpverlener, en het CAP als doorverwijzer?

*Doelstelling: communicatie*

**18.** Welke verwachtingen heeft u met betrekking tot die dossiers waar ten aanzien van de cliënt het CAP wordt voor ingeschakeld? A. Naar effect (algemeen, naar recidive en naar motivatie,...)? B. Naar ondersteuning? C. Naar de relatie met u?

*Doelstelling: verwachtingen effect – ondersteuning – relatie actoren*

### **Uitdagingen voor de toekomst**

**19.** Welke toekomst denkt u dat er algemeen weggelegd is voor het CAP, als er niets verandert aan het CAP, als het blijft zoals het is?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – status quo*

**20.** Indien u zaken zou veranderen aan het CAP, hebt u suggesties of aanbevelingen voor het verbeteren van het CAP?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – suggesties*

**21.** Wat vindt u dat er zeker behouden moet blijven aan de werking van het CAP?

*Doelstelling: toekomstperspectieven – positieve eigenschappen*

## Bijlage 13

### Vragenlijst Cliënten Werkpakket 3

## Vragenlijst Cliënten

### Identificatie cliënt

#### 1. Identificatie cliënt

Code	
Leeftijd	
Geslacht Man/vrouw	

*Doelstelling: demografische gegevens nagaan*

### Opleiding/arbeid

#### 2. Wat is de hoogste opleiding waarvoor u een diploma heeft behaald?

*Doelstelling: opleiding*

#### 3. Wat was uw werksituatie voor de opsluiting? (werkzoekende, arbeidsongeschikt, werkende, gepensioneerd,...)

*Doelstelling: arbeidssituatie*

### Sociale relaties

#### 4. Zou u zeggen dat u een hechte, langdurige, persoonlijke relatie heeft of heeft gehad met een van de volgende mensen in uw leven?

Vader	Ja/Nee
Moeder	Ja/Nee
Broers/zussen	Ja/Nee
Partner/echtgeno(o)t(e)	Ja/Nee
Cleane contacten (vrienden)	Ja/Nee
Contacten uit het gebruikersmilieu (vrienden)	Ja/Nee

*Doelstelling: familiale en sociale relaties*

### Psychische gezondheid

#### 5. Hoe vaak bent u reeds in behandeling geweest voor psychische of emotionele problemen? (zowel ambulante begeleidingen als residentiële opnames)

*Doelstelling: behandeling psychische en emotionele problemen.*

### Justitie

#### 6. Hoelang verblijft u momenteel al in gevangenis?

*Doelstelling: detentie*

#### 7. Welke straf zit u momenteel uit? (Hoelang zal je straf duren?)

*Doelstelling: detentie + justitiële actoren*

#### 8. Is dit voor u een eerste detentie?

*Doelstelling: detentie*

#### 9. Hoeveel tijd heeft u in totaal reeds doorgebracht in de gevangenis? (inclusief eerdere detenties)

*Doelstelling: detentie*

## Alcohol- en druggebruik

### 10. Alcohol- en druggebruik

Alcohol- en middelengebruik								
Hoofdproduct	Leeftijd reg. gebruik	Frequentie vóór detentie		Gebruikswijze vóór	Frequentie tijdens detentie		Gebruikswijze tijdens	
.....	..... jaar	<input type="checkbox"/>	Niet	Injecteren	<input type="checkbox"/>	Niet	<input type="checkbox"/>	Injecteren
		<input type="checkbox"/>	Dagelijks	Snuiven	<input type="checkbox"/>	Dagelijks	<input type="checkbox"/>	Snuiven
		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	Roken	<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	<input type="checkbox"/>	Roken
		<input type="checkbox"/>	Weekend	Slikken	<input type="checkbox"/>	Weekend	<input type="checkbox"/>	Slikken
		<input type="checkbox"/>	Maandelijks	Drinken	<input type="checkbox"/>	Maandelijks	<input type="checkbox"/>	Drinken
		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per jaar		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per jaar	<input type="checkbox"/>	
Probleem-product 1	Leeftijd reg. gebruik	Frequentie vóór detentie		Gebruikswijze vóór	Frequentie tijdens detentie		Gebruikswijze tijdens	
		<input type="checkbox"/>	Niet	Injecteren	<input type="checkbox"/>	Niet	<input type="checkbox"/>	Injecteren
		<input type="checkbox"/>	Dagelijks	Snuiven	<input type="checkbox"/>	Dagelijks	<input type="checkbox"/>	Snuiven
		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	Roken	<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	<input type="checkbox"/>	Roken
		<input type="checkbox"/>	Weekend	Slikken	<input type="checkbox"/>	Weekend	<input type="checkbox"/>	Slikken
		<input type="checkbox"/>	Maandelijks	Drinken	<input type="checkbox"/>	Maandelijks	<input type="checkbox"/>	Drinken
Probleem-product 2	Leeftijd reg. gebruik	Frequentie vóór detentie		Gebruikswijze vóór	Frequentie tijdens detentie		Gebruikswijze tijdens	
		<input type="checkbox"/>	Niet	Injecteren	<input type="checkbox"/>	Niet	<input type="checkbox"/>	Injecteren
		<input type="checkbox"/>	Dagelijks	Snuiven	<input type="checkbox"/>	Dagelijks	<input type="checkbox"/>	Snuiven
		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	Roken	<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	<input type="checkbox"/>	Roken
		<input type="checkbox"/>	Weekend	Slikken	<input type="checkbox"/>	Weekend	<input type="checkbox"/>	Slikken
		<input type="checkbox"/>	Maandelijks	Drinken	<input type="checkbox"/>	Maandelijks	<input type="checkbox"/>	Drinken
Probleem-product 3	Leeftijd reg. gebruik	Frequentie vóór detentie		Gebruikswijze vóór	Frequentie tijdens detentie		Gebruikswijze tijdens	
		<input type="checkbox"/>	Niet	Injecteren	<input type="checkbox"/>	Niet	<input type="checkbox"/>	Injecteren
		<input type="checkbox"/>	Dagelijks	Snuiven	<input type="checkbox"/>	Dagelijks	<input type="checkbox"/>	Snuiven
		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	Roken	<input type="checkbox"/>	Enkele keren per week	<input type="checkbox"/>	Roken
		<input type="checkbox"/>	Weekend	Slikken	<input type="checkbox"/>	Weekend	<input type="checkbox"/>	Slikken
		<input type="checkbox"/>	Maandelijks	Drinken	<input type="checkbox"/>	Maandelijks	<input type="checkbox"/>	Drinken
.....	..... jaar	<input type="checkbox"/>	Enkele keren per jaar		<input type="checkbox"/>	Enkele keren per jaar	<input type="checkbox"/>	

Doelstelling: zicht krijgen op het gebruik

11. Hoeveel maanden duurde de langste periode dat u geen alcohol/drugs gebruikt heeft?

(zowel dankzij behandeling als door eigen initiatief)

Doelstelling: cleane periode

12. Hoe vaak bent u in totaal in behandeling geweest voor alcohol- of drugsproblemen (zowel ambulante als (semi-)residentiële behandeling)?

*Doelstelling: behandelgeschiedenis*

Werking van het CAP

**13.** Hoe of via wie heeft u het CAP leren kennen? (PSD, JWW, medegedetineerde, ...)

*Doelstelling: context CAP*

**14.** Wat was de motivatie om uzelf aan te melden bij het CAP?

*Doelstelling: motivering*

**15.** Welke verwachtingen heeft u ten aanzien van het CAP?

*Doelstelling: verwachtingen CAP*

**16.** Wanneer bent u voor de eerste keer in contact gekomen met een CAP-intaker?

*Doelstelling: context CAP*

**17.** Hoe lang hebt u moeten wachten op een eerste contact met het CAP?

*Doelstelling: context CAP*

**18.** Hoe vaak hebt u een gesprek gehad met het CAP?

*Doelstelling: context CAP*

**19.** Kan u in uw eigen woorden omschrijven wat het CAP is, wat het CAP doet?

*Doelstelling: perceptie CAP*

**20.** Wat heeft het CAP al voor u gedaan?

*Doelstelling: perceptie CAP*

**21.** Hoe goed is het CAP georganiseerd, hoe tevreden bent u over het CAP (expertise en kwaliteitsvol werken van de intakepersoneel, voldoende tijd,...)?

*Doelstelling: perceptie CAP*

**22.** Wat is/was het resultaat van uw gesprek(ken) met het CAP? (contact hulpverlening, wachtlijst hulpverlening, geen hulpvraag meer,...)

*Doelstelling: context CAP + proces evaluatie*

**23.** In welke mate wordt rekening gehouden met de mening van de cliënt om een geschikte voorziening te contacteren voor doorverwijzing?

*Doelstelling: perceptie betrokkenheid*

**24.** Indien u zaken zou veranderen aan het CAP, hebt u suggesties of aanbevelingen voor het verbeteren van het CAP? (vragenlijst AA)

*Doelstelling: toekomstperspectieven – suggesties*

**25.** Wat vindt u dat er zeker behouden moet blijven aan de werking van het CAP?

*Doelstelling: positieve eigenschappen*

(Drug)hulpverlening in de gevangenis

**26.** Welke contacten heeft u momenteel met andere diensten die instaan voor (drug)hulpverlening?

*Doelstelling: netwerk hulpverlening*





PROCES EN UITKOMSTEVALUATIE  
VAN DE CENTRALE AANMELDINGSPUNTEN  
VOOR DRUGGEBRUIKERS  
IN DE BELGISCHE GEVANGENISSEN  
**SAMENVATTING**



STIJN VANDEVELDE, FREYA VANDERLAENEN,  
WOUTER VANDERPLASSCHEN & LANA DE CLERCQ



BENJAMIN MINE & ERIC MAES

IN SAMENWERKING MET DE FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID EN  
LEEFMILIEU EN DE FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE



**Promotoren**

Stijn Vandeveldde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Benjamin Mine & Eric Maes

**Onderzoekers**

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

**Buitenlandse partner**

Charlie Lloyd

University of York, Department of Health Sciences

## INHOUD

<b>1. Aanleiding en context van het onderzoek.....</b>	<b>1</b>
1.1. Situatie in Europese gevangenissen.....	1
1.2. Drughulpverlening in Europese gevangenissen.....	1
1.3. De Belgische context.....	2
1.4. Hiaat in de (drug)hulpverlening in Belgische gevangenissen.....	3
<b>2. Methodologie en onderzoeksvragen.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Conclusies.....</b>	<b>5</b>
3.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1).....	5
3.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5).....	6
3.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4).....	7
3.4. Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2, WP4).....	8
3.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5).....	11
3.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5).....	12
3.7. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis.....	13
<b>4. Aanbevelingen naar praktijk en beleid.....</b>	<b>13</b>
4.1. Wetgeving en huidige beleidscontext.....	14
4.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking.....	15
4.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking.....	16
4.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming.....	21
4.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid.....	21
Referenties.....	23

## **Situering**

*Dit document is een uitgebreide samenvatting van de proces- en uitkomststudie van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de Vlaamse, Brusselse en Waalse gevangenissen. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Federaal Wetenschapsbeleid BELSPO en werd mogelijk gemaakt dankzij een cofinanciering van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu én de Federale Overheidsdienst Justitie. De studie liep van 1 december 2014 tot en met 31 oktober 2016 en werd uitgevoerd door de Universiteit Gent, vakgroep Orthopedagogiek en vakgroep Criminologie, Strafrecht en Sociaal recht en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie (NICC). Het doel van deze samenvatting is het geven van een overzicht van de hoofdbevindingen van het wetenschappelijk onderzoek met aandacht voor praktijk- en beleidsaanbevelingen. Het volledig rapport is beschikbaar op de website van BELSPO.*

## **1. Aanleiding en context van het onderzoek**

### **1.1. Situatie in Europese gevangenissen**

Onderzoek wijst op een hoge prevalentie van gebruik en misbruik van alcohol en/of illegale middelen bij gedetineerden (Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012; Enggist et al., 2014). Gemiddeld gezien komt dit gebruik of misbruik meer voor bij gedetineerden dan bij de algemene populatie (EMCDDA, 2012; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Enggist et al., 2014). Een reviewstudie toont aan dat er bij 18% tot 30% van de gedetineerde mannen en bij 10% tot 24% van de gedetineerde vrouwen sprake is van alcoholmisbruik of afhankelijkheid. Voor illegaal drugmisbruik zijn de prevalentiecijfers hoger, variërend van 10% tot 48% bij de mannelijke populatie en 30% tot 60% bij de vrouwelijke populatie bij intrede in de gevangenis (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Uit studies, uitgevoerd in 15 Europese landen sinds 2000, blijkt dat tussen de 2% en 56% van de gedetineerden enige vorm van drugs heeft gebruikt tijdens detentie (EMCDDA, 2001). Cannabis wordt het meest frequent gebruikt, gevolgd door cocaïne en heroïne (Bullock, 2003).

De wederzijdse relatie tussen middelengebruik en betrokkenheid in criminele feiten werd reeds frequent beschreven in de literatuur (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin, O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). 17% van de Europese gedetineerden verblijft in detentie wegens het plegen van misdrijven gerelateerd aan druggebruik, drugsbezit of het dealen van drugs (Aebi & Del Grande, 2013). Gedetineerden die regelmatig alcohol of drugs gebruiken, zouden bovendien meer kans lopen om te recidiveren en zouden vaker hervallen in middelenmisbruik (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

### **1.2. Drughulpverlening in Europese gevangenissen**

Bij gedetineerden is er vaak sprake van een grote complexiteit aan gezondheids- of psychische moeilijkheden (Rutherford & Duggan, 2009). Het tegemoet komen aan deze uiteenlopende en vaak verweven noden is binnen de Europese Unie als een prioriteit erkend (EMCDDA, 2012). Aangepaste drughulpverlening aan gedetineerden kan immers zowel druggebruik als recidive verminderen (Enggist et al., 2014). Het 'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction' (EMCDDA) stelde in 2012 een overzicht op omtrent de beschikbare drughulpverleningsvormen binnen Europese gevangenissen. Het maakte hierbij een onderscheid tussen interventies gericht op het verminderen van de vraag naar drugs, interventies gericht op schadebeperking en interventies met de focus op de link met de gemeenschap.

Interventies gericht op het verminderen van gebruik omvatten prison-based therapeutische gemeenschappen, substitutie-en detoxificatiebehandelingen, drugvrije afdelingen en zelfhulpgroepen. Deze interventies blijken positieve resultaten op te leveren met betrekking tot recidive en druggebruik, maar worden slechts in beperkte mate ingezet (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu & Athanasou, 2015). Schadebeperkende maatregelen, waaronder vaccinaties, worden in verschillende gevangenissen voorzien, zowel proactief als enkel op vraag van de gedetineerde. Ontsmettingsmiddelen om naalden te kunnen ‘cleanen’ zijn vaak niet aanwezig in de Europese gevangenissen en spuitenruil is enkel in een beperkt aantal landen een mogelijkheid voor de gedetineerden (EMCDDA, 2012).

Verder richten een aantal Europese gevangenissen zich op throughcare-initiatieven. Deze initiatieven focussen zich op continuïteit van zorg en ondersteuning tussen de gevangenis en de gemeenschap en omgekeerd (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Fox et al. (2005, p. 1) omschrijven throughcare als: *“Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender’s first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement.”* De EMCDDA (2012, p. 23) benadrukt het belang van throughcare: *“the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits”*. Daar waar throughcare-diensten bestaan, blijken ex-gedetineerden immers minder vaak te hervallen in druggebruik of in criminele feiten (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013). Het UNODC (2008) is van mening dat aftercare in principe het laatste element is van effectieve throughcare. Aftercare wordt beschreven als een rehabilitatie- of re-integratieschema dat gedetineerden actief ondersteunt na het vrijkomen uit de gevangenis (UNODC, 2008). Fox et al. (2005, p. 1) beschrijven aftercare als: *“Aftercare is a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment.”*

Internationale throughcare-en aftercare interventies variëren van een specifieke afdeling gericht op re-integratie (Cox, 2013; Powis, Walton & Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014), naar het verderzetten van therapie of nazorg na vrijlating (Torrens & Ruiz, 2015) tot het intensief betrekken van families (EMCDDA, 2001). Daarnaast is ‘peer support’ een gevestigde waarde in de gevangenissen van Engeland en Wales. Peer-gerichte interventies blijken effectief te zijn in het reduceren van risicogedrag en het verbeteren van de geestelijke gezondheid van de deelnemende gedetineerden (Bagnall et al., 2015). Voornamelijk de stimulans en voorbeeldfunctie van peers blijken essentieel in het initiëren van betrokkenheid en het ondersteunen van blijvende participatie (Humphreys & Lembke, 2014). In de peer-gerichte interventie ‘listener schemes’ wordt sterk ingezet op ervaringsdeskundigheid. Gedetineerden worden getraind tot ‘listeners’ om medegedetineerden emotioneel te ondersteunen (Jaffe, 2012). Ervaringsdeskundigheid biedt een grote meerwaarde aangezien factoren die het herstelproces bevorderen of belemmeren vanuit de eigen ervaring snel gedetecteerd en ten gronde begrepen worden (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

### 1.3. De Belgische context

De Belgische gevangenissen kampen met een groot aantal gedetineerden met een middelenproblematiek. Ongeveer twee derde van de gedetineerden geeft aan ooit in hun leven illegale producten te hebben gebruikt. Hiervan verklaarde één derde een illegaal product te hebben gebruikt tijdens detentie en 11,7% gaf aan een illegaal product voor de eerste keer te hebben gebruikt tijdens de opsluiting in een penitentiaire setting (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

Binnen de Belgische gevangenissen zijn reeds een aantal initiatieven bekend om het druggebruik binnen de gevangenismuren en de negatieve gevolgen ervan terug te dringen (Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid, 2010; Van Malderen, 2012). Zo kunnen gedetineerden met een opiaatverslaving sinds 2006 beroep doen op substitutiebehandeling met methadon of buprenorphine. In een aantal gevangenissen betreft deze vorm van behandeling echter enkel detoxificatie en wordt het nauwelijks in functie van een onderhoudsbehandeling aangeboden (Vander Laenen et al., 2013). Daarnaast werden in verschillende Waalse gevangenissen preventieprojecten opgericht, waaronder 'Boule de Neige', 'Détenus Contact Santé' en 'Prévenez-vous', waarbij gedetineerden opgeleid worden rond preventie van risico's die met druggebruik gepaard gaan. Naast preventiegerichte interventies zijn er in België enkele interventies beschikbaar die zich richten op therapeutische begeleiding van gedetineerden tijdens de detentieperiode. Zo biedt het penitentiair landbouwcentrum van Ruiselede sinds 1995 het 'B.Leave' programma aan voor gedetineerden die veroordeeld zijn voor drugsfeiten of die kampen met een verslavingsproblematiek. Het 'Schakels' programma werd aanvullend op het 'B.Leave' programma ontwikkeld en richt zich op terugvalpreventie en sociale vaardigheidstraining (Van Luchene, 2013). Daarnaast is er sinds 2009 in het penitentiair complex van Brugge een drugvrije afdeling 'D-side' en is er sinds 2012 het 'Kortdurend drugprogramma voor druggebruikende gedetineerden' voorhanden. Ook in Hasselt werd in 2015 een drugvrije afdeling in de gevangenis opgericht (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Sinds 2011 werden in alle Vlaamse, Brusselse en Waalse gevangenissen centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers georganiseerd of gecontinueerd. Voor Vlaanderen werd het Centraal Aanmeldingspunt voor drugs (CAP) vanaf 1 maart 2011 georganiseerd in 14 Vlaamse gevangenissen vanuit de Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) in opdracht van de Federale Overheidsdienst (FOD) Justitie, Dienst Gezondheidszorg. Eind 2011 werden aanmeldingspunten geïnstalleerd in de Brusselse (Le Prisme) en Waalse gevangenissen (Step by Step). De centrale aanmeldingspunten zijn ontstaan vanuit de vaststelling dat gedetineerden bij de vrijlating een moeizame aansluiting vinden met de (drug)hulpverlening. Vanuit een throughcare perspectief zetten de aanmeldingspunten in op continuïteit van zorg en ondersteuning tussen de gevangenis en de gemeenschap. De medewerkers van de centrale aanmeldingspunten zijn drughulpverleners, die een liaisonfunctie vervullen tussen de gevangenis en de drughulpverlening buiten de gevangenis. Ze ondersteunen gedetineerde druggebruikers bij de zoektocht naar een gepaste hulpverlening na detentie. Aan de hand van individuele gesprekken, die op vaste tijdstippen plaatsvinden in de gevangenis, worden volgende doelstellingen nagestreefd: (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Sinds 2011 financierde de FOD Justitie de werking van de aanmeldingspunten. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers echter niet overgedragen naar de gemeenschappen. De FOD Justitie gaf hierbij te kennen de financiering niet langer te kunnen dragen en een negatief advies van de inspectie Financiën rond de verdere financiering van de aanmeldingspunten leidde tot de stopzetting van deze aanmeldingspunten. Op 1 mei 2016 werd de werking van het CAP en in september 2016 de werking van Step by Step en Le Prisme dan ook ontbonden omwille van het beëindigen van de financiering.

#### **1.4. Hiaat in de (drug)hulpverlening in Belgische gevangenissen**

Ondanks de ontwikkeling van verscheidene initiatieven die zich richten op (drug)hulpverlening voor gedetineerden bereikt het bestaande aanbod maar een klein aantal van de gedetineerden. Bovendien is

dit hulpverleningsaanbod in de Belgische gevangenissen onvoldoende coherent uitgebouwd en wordt er onvoldoende ingezet op continuïteit van zorg (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). Uit het rapport van de WHO (2014) blijkt dat het aanbod van preventie, behandeling en schadebeperkende maatregelen in gevangenissen in de EU-lidstaten tot op heden ontoereikend is in vergelijking met zorginitiatieven die zich in de laatste 30 jaar ontwikkelden in de gemeenschap (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Throughcare-en aftercare initiatieven worden internationaal en in België tot op heden onvoldoende effectief geïmplementeerd en afgestemd op de specifieke noden van de gevangenispopulatie (MacDonald, Williams & Kane, 2012).

Met de recente stopzetting van het CAP, Le Prisme en Step by Step lijkt dit volwaardig (drug)hulpverleningsaanbod voor gedetineerden verder weg dan ooit. In de drugsstrategie (2013-2020) van de Europese Unie staat echter uitdrukkelijk vermeld dat er aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van een kwaliteitsvolle zorg voor druggebruikers in de gevangenissen, teneinde een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan wat in de gemeenschap wordt aangeboden. Ook de Basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden (B.S. 1 februari 2005; hierna Basiswet) en de recente aanbevelingen naar aanleiding van de UN General Assembly (2016, p13-14) zijn duidelijk: *“Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pretrial detention, which are to be on a level equal to those available in the community.”*

## 2. Methodologie en onderzoeksvragen

Het PROSPER project richtte zich op de evaluatie van de werking en effecten van de aanmeldingspunten in de gevangenissen in Wallonië, Vlaanderen en Brussel. Dit werd nog niet wetenschappelijk onderzocht. Deze studie had daartoe een driedelige doelstelling:

1. De werking van de aanmeldingspunten evenals de effecten ervan op de zorgtrajecten van druggebruikers die een misdrijf hebben gepleegd, onderzoeken.
2. Het in kaart brengen van hoe de aanmeldingspunten gepercipieerd worden door de verschillende betrokkenen en dit met aandacht voor de werking, sterke punten, werkpunten en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten.
3. Het formuleren van beleidsaanbevelingen rond het eventueel verderzetten, uitbreiden en/of aanpassen van de werking van de aanmeldingspunten.

Het project maakte gebruik van een multi-method benadering en bestaat uit zes werkpakketten (WP). WP 1 (hoofdstuk 1) ving aan met een (inter)nationaal literatuuroverzicht over de beschikbaarheid aan hulpverlening en throughcare-initiatieven voor gedetineerden met een verslavingsproblematiek. Vervolgens werd een secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten uitgevoerd om de werking van de aanmeldingspunten in kaart te brengen en de resultaten van de gerealiseerde doorverwijzingen te analyseren.

Het tweede WP (hoofdstuk 3) richtte zich op de relatie tussen de ondersteuning die geboden werd door de aanmeldingspunten en drie recidive-indicatoren (opening van nieuwe dossiers op het niveau van het correctioneel parket, registratie van nieuwe veroordelingsbulletins in het Centraal Strafregister en heropsluiting in de gevangenis). Deze indicatoren werden door middel van multivariate

analysetechnieken vergeleken in twee groepen van ex-gedetineerden afkomstig uit de beschikbare databanken van de aanmeldingspunten.

WP drie (hoofdstuk 4) onderzocht hoe de verschillende betrokkenen de werking van de aanmeldingspunten percipieerden. Aan de hand van interviews werd de meerwaarde van de aanmeldingspunten, belemmerende factoren bij een optimale werking en suggesties voor verbetering bevestigd. Vier respondentengroepen werden bevestigd: medewerkers van de aanmeldingspunten; externe hulpverleners die op regelmatige basis cliënten van de aanmeldingspunten begeleiden of behandelen; justitiële actoren die regelmatig contact hebben met de cliënten van de aanmeldingspunten en, in Vlaanderen, medewerkers van het Justitieel Welzijnswerk (JWW); cliënten van de aanmeldingspunten. De interviews werden geanalyseerd door middel van het kwalitatief softwarepakket NVivo.

In het vierde WP (hoofdstuk 2) werden drie gestandaardiseerde registratieformulieren en één telefonische follow-up vragenlijst uitgewerkt. Aan de hand van een prospectief design werden de cliëntkenmerken van nieuwe cliënten met het intakeregistratieformulier in kaart gebracht. Deze cliënten werden na zes maanden telefonisch gecontacteerd, waarbij gepeild werd naar hun huidige psychosociaal functioneren en de effecten van de aanmeldingspunten op hun huidige begeleiding of behandeling. Daarnaast werd het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten geobjectiveerd aan de hand van een cliëntgebonden en een cliënt-overstijgend registratieformulier.

Het vijfde WP focuste op de ontwikkeling en implementatie van een motivatie-bevorderend kortdurend groepsprogramma voor gedetineerden met een drugsproblematiek in de gevangenis van Gent (hoofdstuk 5). Aanvullend werd een haalbaarheidsstudie uitgevoerd met betrekking tot de implementatie van dit programma, waarbij de perceptie van verschillende betrokkenen werd bevestigd: CAP-stafleden; personeel van externe diensten die geregeld CAP-clieënten begeleiden of behandelen en die deelnemers van het programma hebben gevolgd; stafleden van justitie die regelmatige contacten hebben met CAP-clieënten; en deelnemers van het programma.

WP 6 integreerde de resultaten van de bovenvermelde werkpakketten. Hierbij werd een antwoord gezocht op vragen met betrekking tot (1) de meerwaarde van de aanmeldingspunten m.b.t. behandelingsgerelateerde indicatoren en recidive; (2) de procesevaluatie gebaseerd op de percepties van belangrijke betrokkenen met aandacht voor sterktes, mogelijke valkuilen en toekomstige uitdagingen en opportuniteiten; en (3) praktijk -en beleidsaanbevelingen m.b.t. het verder continueren, uitbreiden en/of aanpassen van de aanmeldingspunten.

WP 1, 4 en 5 werden door Universiteit Gent uitgevoerd. Het tweede WP werd door het NICC uitgewerkt en WP 3 en 6 werd door beide onderzoeksgroepen uitgevoerd.

### 3. Conclusies

De rapportage van de conclusies wordt gestructureerd aan de hand van de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten, met name (1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening. Op basis van de bevindingen van het onderzoek werd een vierde hoofddoelstelling duidelijk, met name signalering, waarop verder in deze samenvatting wordt teruggekomen.

#### 3.1. Informeren: Aantal bereikte cliënten en cliëntprofiel (WP1)

Het verschaffen van informatie rond beschikbare behandeling vormde de eerste hoofddoelstelling van de aanmeldingspunten. Op basis van de bestaande registratiesystemen, werd vastgesteld dat er zich in



2014 (referentiejaar van de studie) in totaal 2182 cliënten hebben aangemeld bij de aanmeldingspunten in Brussel, Wallonië en Vlaanderen. Hiervan hadden 80,2% van de cliënten één of meerdere malen een (intake)gesprek. Over de geregistreerde jaren heen (2012-2014) bleef het absolute aantal geziene cliënten ongeveer stabiel. De Belgische gevangenispopulatie en in navolging hiervan ook de aanmeldingen bij de aanmeldingspunten zijn binnen de registratieperiode stelselmatig gestegen (zo steeg de gevangenispopulatie van 11107 personen in 2012 en 11732 in 2013 tot 11769 personen in 2014) (FOD Justitie, 2016; Statistics Belgium, 2015). Deze stijging werd niet opgevangen door een toename van het aantal medewerkers, waardoor een groot aantal cliënten (19,8%) niet gezien kon worden door de medewerkers van de aanmeldingspunten mede door de wachttijd tussen de aanmelding en het eerste gesprek.

Aan de hand van een secundaire analyse van de databanken van de aanmeldingspunten werd het cliëntprofiel van de aangemelde cliënten in kaart gebracht. De meerderheid van de aangemelde cliënten was tussen de 20 en 35 jaar oud en mannelijk. De aanmeldingspunten bleken een iets oudere doelgroep en meer vrouwelijke gedetineerden te bereiken in vergelijking met de algemene gevangenispopulatie. 78% van de cliënten van de aanmeldingspunten had de Belgische nationaliteit. Dit percentage ligt beduidend hoger dan de algemene detentiepopulatie (FOD Justitie, 2015). Dit verschil wijst mogelijk op het moeilijk bereiken van personen met een niet-Belgische nationaliteit. De percentages veroordeelde en beklagde cliënten waren vergelijkbaar over de drie aanmeldingspunten heen. Gemiddeld was 47,4% van de cliënten veroordeeld en zat 46,3% in voorhechtenis. De aanmeldingspunten zagen in verhouding meer beklagden en minder veroordeelden in vergelijking met het aantal beklagden en veroordeelden in detentie in het jaar 2014 (FOD Justitie, 2015). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat een deelname van de beklagde aan (drug)hulpverlening één van de voorwaarden kan zijn voor een vrijheid onder voorwaarden. Daarnaast zagen de aanmeldingspunten gemiddeld minder geïnterneerden in vergelijking met het aandeel geïnterneerden in de gehele gevangenispopulatie (FOD Justitie, 2015). Betreffende het misbruik van verslavende middelen behoren opiaten (zowel heroïne als substitutiemedicatie), maar ook alcohol tot de vaakst vermelde hoofdproducten. Daarnaast werd misbruik van cannabis frequent aangehaald. Amfetamines werden opvallend meer vermeld bij het CAP in vergelijking met Step by Step en Le Prisme. Het is onduidelijk wat dit verschil veroorzaakt.

### **3.2. Motiveren: Wat bevordert en belemmert de motivatie tot begeleiding of behandeling? (WP3, WP5)**

Verder waren de aanmeldingspunten gericht op het verhogen van de motivatie en bereidheid tot behandeling bij de aangemelde cliënten. Op basis van de bevindingen van WP 3 en 5 werden factoren die de motivatie bevorderen of belemmeren in kaart gebracht.

De bevraagde actoren (WP3) zagen als sterk punt van de aanmeldingspunten dat zij als onafhankelijke diensten werkten, waardoor met een neutrale blik naar cliënten gekeken werd. Medewerkers zouden op deze manier de focus op het positieve en de mogelijkheden van de cliënt behouden. Aansluitend werd het beroepsgeheim van de medewerkers door verscheidene betrokkenen als een noodzaak ervaren. Ook cliënten gaven aan dat het beroepsgeheim hun vertrouwen in de medewerkers van de aanmeldingspunten versterkte. Het maakte een open en vrije communicatie mogelijk, wat de laagdrempeligheid van de aanpak bevorderde. Daarnaast hechtten de cliënten van de aanmeldingspunten veel belang aan de persoonlijke invulling van het takenpakket van de medewerkers. De cliënten apprecieerden voornamelijk de zorgzame houding en emotionele steun die de medewerkers boden. Deze empathische, niet-intrusieve en onbevooroordeelde houding en werkwijze verhoogde de motivatie om in de (drug)hulpverlening te stappen.

Daarnaast vermeldden de bevroegde hulpverleners dat de wachttijden tussen de beslissing van de gedetineerde om zich aan te melden, het eerste gesprek en de opstart van de begeleiding of behandeling de motivatie tot deelname aan een behandeling of begeleiding negatief beïnvloedde. Enkele cliënten formuleerden de wachttijd tot een eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt als een werkpunt (WP3). Afname van de motivatie tot behandeling werd ook binnen het onderzoek over de drugbehandelingskamer geassocieerd met een verminderde deelname aan verschillende vormen van behandeling (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).

Uit kwalitatieve interviews met de participanten van ‘DRUGS de baas?!’ (WP5), een kortdurend motivatieprogramma in de gevangenis dat werd ontwikkeld en uitgevoerd door De Kiem in functie van dit onderzoek, blijkt dat de motivatie om deel te nemen zeer verscheiden was. Het goed willen doen voor familie, het perspectief op een drugvrij leven, en de mogelijkheid tot vervroegde vrijlating werden als belangrijkste redenen geformuleerd. Een grote verscheidenheid aan onderwerpen van het programma werd als zinvol ervaren, wat het belang van een gedifferentieerd aanbod illustreert. Uit de evaluatie werd tevens duidelijk dat er voldoende expliciete aandacht diende te gaan naar alcoholgebruik- en misbruik. Interventies gericht op alcoholmisbruik bij gedetineerden dragen immers bij aan de reductie van alcohol- en gezondheidsproblemen en een verminderde kans op recidive (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Aanvullend bleek de onbevooroordeelde houding van de begeleiders, het beroepsgeheim en de onafhankelijke positionering van de begeleiders ook hier een essentiële voorwaarde om vrijuit te kunnen spreken. Het ‘DRUGS de baas?!’ programma bleek de veranderingsbereidheid van de meerderheid van de deelnemers in positieve zin te beïnvloeden. Het kunnen delen van ervaringen, het krijgen van tips rond het omgaan met craving en het samen nadenken over mogelijke oplossingen omtrent druggerelateerde problemen werden als voornaamste sterktes van het programma ervaren. Het streven naar abstinentie was geen voorwaarde voor deelname. Dit bevorderde, volgens de participanten, de laagdrempeligheid van het programma. Deze bevindingen wijzen op duidelijk positieve effecten van het programma in een detentiecontext. Toch dienen ze met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden gezien de kleine steekproef.

### **3.3. Doorverwijzen: Aantal doorverwijzingen en factoren die doorverwijzing faciliteren of bemoeilijken (WP1, WP3, WP4)**

Als derde hoofddoelstelling waren de aanmeldingspunten er op gericht om cliënten door te verwijzen en contact te leggen met diensten voor de behandeling van drugproblemen. Informatie m.b.t. het verloop van het hulpverleningstraject na doorverwijzing was enkel beschikbaar voor de CAP-werking in Vlaanderen.

Uit de analyses van WP 1 bleek dat 4807 cliënten zich van 2011 tot 2014 bij het CAP hebben aangemeld. 80,4% werd gezien en 43% van de geziene cliënten werd doorverwezen. Meer dan de helft van deze doorverwezen cliënten ving de vooropgestelde begeleiding of behandeling aan. Bijna de helft van deze cliënten had de begeleiding of behandeling beëindigd in overeenstemming met de behandelingsdoelen of was nog in behandeling / begeleiding op het moment van de bevraging.

In totaal werden bij Le Prisme tussen 2012 en 2014 657 cliënten aangemeld, waarbij met 82,5% een intakegesprek werd georganiseerd. Uit de dataset van Le Prisme bleek dat alle geregistreerde cliënten in 2014 werden doorverwezen.

Over de drie werkingsjaren heen (2012 tot 2014) ontving Step by Step in totaal 1570 aanmeldingen, waarvan 93,3% van de cliënten gezien werd en 87,5% doorverwezen. Bijna een kwart van de cliënten werd op hetzelfde moment naar meerdere diensten georiënteerd. Een vergelijking tussen het CAP, Step

by Step en Le Prisme liet een verschil zien in het aantal gerealiseerde doorverwijzingen. Naast het feit dat Step by Step naar meerdere diensten oriënteerde, is dit verschil vermoedelijk te wijten aan een verschillende invulling van het begrip ‘doorverwijzing’. Het CAP registreerde een cliënt pas als doorverwezen als er een attest tot opname of begeleiding werd verkregen bij de (drug)hulpverlening. Bij Le Prisme en Step by Step was een attest tot opname of begeleiding niet noodzakelijk bij een doorverwijzing. Het volstond wanneer de cliënt over de nodige informatie in functie van een doorverwijzing beschikte en werd aangemeld bij een hulpverleningsdienst.

De meerderheid van de cliënten werd bij doorverwijzing georiënteerd naar ambulante gespecialiseerde (drug)hulpverleningscentra. Daarnaast werd een aanzienlijk deel van de cliënten in Vlaanderen en Wallonië naar de geestelijke gezondheidszorg (GGZ, zowel ambulant als residentieel) doorverwezen. De residentiële (drug)hulpverlening vormde de derde grootste categorie naar waar cliënten werden doorverwezen.

Uit WP 3 en 4 kwamen verscheidene factoren naar voor die de doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening faciliteerden of belemmerden. Zo faciliteerde de uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap van de medewerkers van de aanmeldingspunten de toegang naar de (drug)hulpverlening. Dit werd door alle bevroegde actoren als een belangrijke schakel gezien bij re-integratie. De bekendheid van de medewerkers bij de (drug)hulpverlening bewerkstelligde eveneens een vlotte doorverwijzing aangezien er reeds een vertrouwensband ontwikkeld was.

De wachttijd tot een eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt bemoeilijkte echter een vlotte doorverwijzing. Daarnaast bleek eensgezindheid over de functie, de taakhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten van groot belang voor een vlotte aanmelding en communicatie tussen de betrokken actoren. Uit contacten met de centrale psychosociale dienst (PSD), bleek dat Step by Step hierbij voor een extra uitdaging stond. Er waren in Wallonië namelijk geen systematische afspraken met externe diensten die naar de gevangenis kwamen omtrent de uitvoering van hun taken. Daarnaast gaven verschillende actoren over de drie aanmeldingspunten heen aan dat bij enkele hulpverleners sprake was van weerstand en vooroordelen rond het begeleiden of behandelen van gedetineerden met een drugproblematiek (WP3). Naast de bereidwilligheid, vormde de beschikbaarheid van bepaalde (drug)hulpverleningsvormen een bijkomende moeilijkheid om de meest geschikte (drug)hulpverleningsvorm voor de cliënt op te starten.

### **3.4. Signalering als vierde bijkomende hoofddoelstelling (WP2, WP4)**

Door de ontwikkeling van drie gestandaardiseerde registratieformulieren werd duidelijk dat de aanmeldingspunten een belangrijke meerwaarde naar signalering vervulden (WP4). Door middel van een systematische registratie konden de registratiegegevens van de drie aanmeldingspunten immers met elkaar vergeleken worden en konden mogelijke moeilijkheden en exclusiecriteria in de doorverwijzing naar de (drug)hulpverlening worden blootgelegd. Zo wees deze studie op moeilijkheden bij het doorverwijzen omwille van een beperkte beschikbaarheid in het hulpverleningsaanbod, verschillende verwachtingen omtrent de meest geschikte hulpverleningsvorm tussen de betrokken actoren en de bereidheid van voorzieningen om personen met een justitieel statuut te begeleiden of behandelen. Een moeizame doorverwijzing werd eveneens opgemerkt bij druggebruikers met bijkomende psychiatrische problemen, wat overeenstemt met eerder onderzoek bij personen met een dubbele diagnose (zie bv. Vandeveldt et al., 2015).

Het gemeenschappelijk intakeregistratieformulier, ontwikkeld voor de drie aanmeldingspunten (WP4), werd door de medewerkers van de aanmeldingspunten globaal als bruikbaar, duidelijk, logisch

opgebouwd en gebruiksvriendelijk ervaren. Op basis van de feedback van de medewerkers van de aanmeldingspunten en hulpverleners werd het formulier verder verfijnd door optionele open vragen en meer ruimte voor additionele informatie te voorzien. Het formulier werd bovendien afgestemd op de TDI-indicatoren door nieuwe vragen toe te voegen (zie bijlage 1 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig’ en bijlage 2 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Franstalig’).

De standaardisatie zorgde er tevens voor dat er enkele prominente verschillen in het cliëntprofiel werden aangetroffen in vergelijking met de cijfers van de bestaande registratiesystemen uit het eerste werkpakket. Dit benadrukt het belang van een gestandaardiseerde registratie. Cliënten bleken, naast moeilijkheden op het vlak van middelenmisbruik, moeilijkheden te ervaren op andere levensdomeinen: lichamelijke en psychische gezondheid, arbeid, familiale en sociale relaties, schulden en justitie. Deze complexe problematiek beklemtoont het belang van zorg en ondersteuning die zich richt naar meerdere levensdomeinen, ook na detentie. Een belangrijke vaststelling was dat één derde van de cliënten in het verleden nog geen begeleiding of behandeling had gevolgd in functie van een middelenprobleem. Deze vaststelling geeft aan dat de aanmeldingspunten erin slaagden om een belangrijke groep cliënten te bereiken die nog niet eerder door de (drug)hulpverlening bereikt werd.

Naast de ontwikkeling van een gelijkvormig intakeregistratieformulier, werd een follow-up registratie uitgevoerd in kader van dit onderzoek. Cliënten werden hierbij opgevolgd in functie van het opvolgen van het doorverwijzingsadvies, deelname aan behandeling en andere relevante indicatoren (bv. betrokkenheid bij behandeling en variabelen aangaande gezondheid en psychosociaal functioneren) (WP4). Deze registratie werd slechts voor een beperkt aantal cliënten ingevuld<sup>1</sup>. Uit de telefonische bevraging, zes maanden na een eerste contact met een medewerker van een aanmeldingspunt, bleek eveneens de moeilijkheid om systematisch te registreren en op te volgen. Met de nodige voorzichtigheid kan gesteld worden dat de telefonische bevraging aangaf dat cliënten een hoge tevredenheid rapporteerden over de werking van de aanmeldingspunten. Deze hoge tevredenheid hing samen met: het vlotte verloop van de doorverwijzing; het snel en duidelijk beantwoorden van vragen; de ervaring dat er rekening werd gehouden met hun keuze; en de motiverende en ondersteunende werkwijze van medewerkers.

Het belang van de signaleringsfunctie van de aanmeldingspunten kwam eveneens tot uiting in WP 2. De in dit werkpakket geanalyseerde recidive-cijfers stemmen overeen met (inter)nationaal onderzoek (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005). Voor de (ex-)gedetineerde druggebruikers (n=2.758) werden volgende recidiveprevalentie-cijfers geobserveerd: voor 75,7% werd binnen een periode van maximaal 4 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis op zijn minst één nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau (ongeacht de gepleegde feiten en oriëntatie die uiteindelijk aan de zaak werd gegeven); 39,7% maakte binnen eenzelfde opvolgstermijn het voorwerp uit van een nieuw veroordelingsbulletin (ongeacht de gepleegde feiten en nadien uitgesproken straf of maatregel); en, 40,4% werd binnen een periode van maximaal 3 jaar en 9 maanden na ontslag uit de gevangenis (via elektronisch toezicht dan wel onder één van de diverse specifieke vormen van ‘invrijheidstelling’) opnieuw opgesloten (ongeacht de reden van wederopsluiting: niet-naleving van voorwaarden, plegen van nieuwe feiten). De eerste (drie) maanden na ontslag uit de gevangenis kenmerkten zich door een bijzonder hoge intensiteit van recidive (in termen

<sup>1</sup> Hiervoor waren er verschillende verklaringen: het beperkte tijdsinterval waarin de formulieren dienden ingevuld te worden; het mandaat van de medewerkers van de aanmeldingspunten dat eindigt op het moment van de doorverwijzing; en de moeilijke werkomstandigheden gezien de dreigende sluiting van de aanmeldingspunten. Daarnaast verwezen enkele hulpverleners naar het beroepsgeheim als reden om behandelingsgerelateerde informatie niet te delen.

van een nieuwe, bij het parket aangemelde zaak en wederopsluiting in de gevangenis). Zo werd bijvoorbeeld ongeveer 30% van de recidivisten opnieuw in de gevangenis opgesloten binnen een periode van 3 maanden.

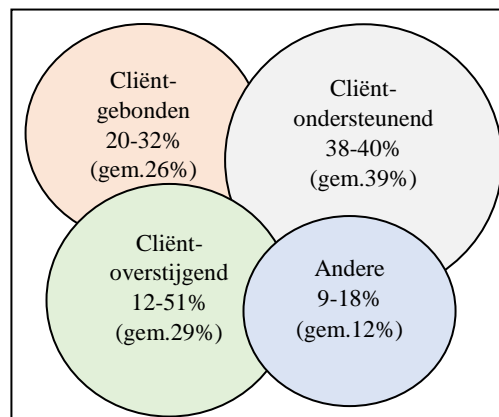
Daarnaast wezen de (bivariate) analyses uit dat er op het vlak van de recidive-indicator ‘wederopsluiting in de gevangenis’ een statistisch significant verschil bestond tussen gedetineerden die werden gezien door het aanmeldingspunt en gedetineerden die weliswaar waren aangemeld maar met wie geen gesprek plaatvond. De proportie recidivisten en intensiteit van recidive lag hoger bij de groep die door het aanmeldingspunt werd gezien dan bij de groep die niet werd gezien. Dergelijk verschil werd niet vastgesteld voor de twee andere indicatoren (nieuwe strafzaak en nieuw veroordelingsbulletin). Het groter aantal personen dat terug werd opgesloten in de gevangenis en de hogere intensiteit van recidive kan wellicht mee verklaard worden door de aanwezigheid van penitentiaire antecedenten. Wanneer enkel deze variabele mee in het statistisch model werd opgenomen, verdween het eerder geobserveerde verschil tussen de ‘geziene’ en ‘niet-geziene’ groep. Verdere analyses leken deze hypothese te bevestigen; zowel penitentiaire antecedenten als leeftijd hadden een significante impact op recidive, ongeacht de indicator die werd gehanteerd. Dit ligt in lijn met de resultaten van het onderzoek over de DBK (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). DBK-cliënten werden gekenmerkt door meer antecedenten, een langere criminele carrière, langere detentieduur en meer heroïnegebruik dan de probatiegroep. Deze kenmerken stemmen overeen met een profiel waarbij de kans op recidive hoger ligt (Noppe et al., 2011; De Ruyver et al., 2007). Het onderzoek van De Ruyver et al. (2007) geeft aan dat man zijn, een leeftijd jonger dan 25, heroïnegebruik, meer dan maandelijks gebruiken en een strafrechtelijk verleden belangrijke voorspellers zijn van recidive bij de bestudeerde druggebruikers.

De bevindingen van WP 2 toonden verder aan dat het type van ontslag uit de gevangenis en de wettelijke toestand op het ogenblik van het dossier eveneens een significante invloed uitoefenden op recidive (in termen van wederopsluiting in de gevangenis). Wie de gevangenis verliet met elektronisch toezicht of mits na te leven voorwaarden had een grotere kans op wederopsluiting dan wie zonder voorwaarden werd vrijgesteld. En wie qua wettelijke toestand behoorde tot de categorie ‘andere’ (waaronder een groot aantal geïnterneerden, zie hoofdstuk 3, figuur 3), liep in vergelijking met definitief veroordeelden eveneens een hoger risico om opnieuw in de gevangenis te belanden.

Omgekeerd bleek voor de twee andere indicatoren (een nieuwe strafzaak aangemeld op parketniveau en een nieuw veroordelingsbulletin) dat zij die de gevangenis verlieten met na te leven voorwaarden, minder kans hadden op een nieuwe strafzaak of een nieuw veroordelingsbulletin in vergelijking met wie zonder voorwaarden uit de gevangenis werd ontslagen. Deze bevinding lijkt de hypothese te bevestigen dat wie de gevangenis verlaat met na te leven voorwaarden meer risico loopt om opnieuw achter de tralies te belanden omwille van conditiebreuk eerder dan wegens het plegen van nieuwe feiten<sup>2</sup>. In tegenstelling tot wat geobserveerd werd voor de eerste indicator, wijzen de resultaten ook uit dat wie op het ogenblik van ontslag uit de gevangenis definitief veroordeeld werd, een grotere kans had op een nieuwe strafzaak of nieuw veroordelingsbulletin dan wie onder een ander statuut de gevangenis verliet. Een beperking van deze analyses bestaat er echter in dat geen informatie beschikbaar was over wie na detentie ook effectief in een hulpverlenings- of behandelingstraject terecht kwam. Hierdoor kan geen vergelijking worden gemaakt tussen de groep die werd doorverwezen en met een behandeling startte (‘succesvolle doorverwijzing’) en de groep bij wie dit niet het geval was.

<sup>2</sup> Het percentage van heropsluiting dat verklaard kan worden door nieuwe feiten en hoeveel door het overtreden van de voorwaarden werd niet geregistreerd.

Een belangrijke kanttekening hierbij is dat recidivevermindering geen doelstelling was van de opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Hun interventies konden in het beste geval indirect bijdragen aan het terugdringen van recidive, maar recidive-cijfers kunnen geen maatstaf zijn om de effectiviteit van de interventies van de aanmeldingspunten te beoordelen. Bovendien beïnvloedden verscheidene factoren buiten de controle van de medewerkers de kans op recidive, zoals het hebben van werk, de ontvangen steun van het sociale netwerk, de woonsituatie en de geestelijke gezondheidstoestand van de cliënt (De Ruyver et. al., 2007; Somers et al., 2014). Deze factoren konden echter niet worden meegenomen bij de registratie in WP2, gezien deze gegevens niet beschikbaar waren. Het is dan ook belangrijk om zeer omzichtig met de gerapporteerde recidivecijfers om te gaan.



*Figuur 1: Overzicht van het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten<sup>3</sup>*

Verder werd de tijd die medewerkers investeren in het voorbereiden en afhandelen van cliëntdossiers en cliënt-overstijgende activiteiten geobjectiveerd aan de hand van een cliëntgebonden en cliënt-overstijgend registratieformulier (WP4). Uit deze registratie kwam naar voor dat het takenpakket veel meer behelst dan enkel cliëntgebonden activiteiten, zoals gesprekken met cliënten (20-32% van de werktijd) en cliënt-ondersteunende activiteiten, zoals cliëntoverleg, administratie, voorbereiden en opvolgen van cliëntdossiers (38-40% van de werktijd) (Figuur 1). Een aanzienlijk deel van de werktijd ging immers uit naar cliënt-overstijgende activiteiten, zoals vormingen en studiedagen, teamvergaderingen, het voorbereiden en opstellen van jaar- en trimesterverslagen (12-51%) en andere activiteiten die te maken hebben met het werken in een detentiecontext en die niet rechtstreeks aan individuele cliënten werden gelinkt. Zo werd 9-18% van de werktijd besteed aan verplaatsingen naar de gevangenis, het in-en uitchecken bij de gevangenis, het wachten op cliënten vooraleer het gesprek kon plaatsvinden,...

### **3.5. De meerwaarde van een gespecialiseerd aanmeldingspunt in de gevangenis wordt door alle stakeholders erkend (WP1-WP5)**

Uit de verschillende werkpakketten (WP1-WP5) komt de meerwaarde van de centrale aanmeldingspunten duidelijk naar voor. Alle bevraagde actoren, waaronder justitie, welzijnswerk, (drug)hulpverlening én de cliënten (WP3) beklemtoonden de meerwaarde van de aanmeldingspunten m.b.t. het informeren, motiveren en doorverwijzen van gedetineerden met een drugproblematiek. Zo rapporteerden de cliënten een algemene hoge tevredenheid over de werking van de aanmeldingspunten en hadden ze het gevoel dat er naar hen geluisterd werd, dat ze ondersteuning en kansen kregen. Cliënten

<sup>3</sup> De gemiddeldes (gem.) dienen met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden wegens missing values (cf. rapport 2.3.3.) en aangezien de berekening van de gemiddeldes niet proportioneel afgewogen werd ten opzichte van het aantal bevraagde medewerkers per aanmeldingspunt.

gaven verder aan dat het aanmeldingspunt in de eerste plaats hun motivatie om de stap naar de (drug)hulpverlening te zetten, aangewakkerd had. Daarnaast legden hulpverleners de nadruk op de goede samenwerking met de medewerkers van de aanmeldingspunten in functie van een vlotte doorverwijzing. De professionele actoren van justitie en het welzijnswerk beklemtoonden de meerwaarde van de houding van de medewerkers van de aanmeldingspunten, waarbij de positieve kenmerken en sterktes van een cliënt werden belicht en het vertrouwen in de mogelijkheid van een doorverwijzing voorop werd gesteld (WP3). De volgende elementen werden hierbij door de verschillende actoren vermeld:

- De deskundigheid en expertise van de medewerkers, zowel wat betreft de drugproblematiek als wat betreft het (drug)hulpverleningsaanbod voor druggebruikers
- Het beroepsgeheim en de onafhankelijke positionering van de medewerkers
- De cliëntgerichte, motiverende en onbevooroordeelde houding van de medewerkers
- De laagdrempelige en niet-intrusieve benadering door de medewerkers
- De nauwe, eerlijke en vertrouwelijke samenwerking met (drug)hulpverleningsdiensten
- Een gedeelde visie en openheid tot overleg met (drug)hulpverleningsdiensten.

De lange wachttijd tot het eerste gesprek met een medewerker werd door enkele cliënten als werkpunt van de aanmeldingspunten geformuleerd (WP3). Hierdoor hadden niet alle cliënten die zich aanmeldden een eerste gesprek met de medewerkers van de aanmeldingspunten. Wat de drie aanmeldingspunten betreft was de belangrijkste reden van het niet kunnen plaatsvinden van een eerste gesprek met de cliënt het feit dat de cliënt reeds vrijgekomen was. Het lage bereik van personen met een niet-Belgische nationaliteit kon eveneens als een werkpunt gezien worden. Om anderstalige gedetineerden beter te bereiken blijkt immers dat zij moeten kunnen beschikken over informatie rond het beschikbare aanbod in een taal die ze begrijpen (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### **3.6. Essentiële randvoorwaarden voor een optimale werking van de aanmeldingspunten in de gevangenis (WP2-WP5)**

Uit de verschillende werkpakketten kwamen een aantal randvoorwaarden naar voor die essentieel waren om de motivatie van cliënten voor begeleiding of behandeling te bevorderen en een vlotte oriëntatie en doorstroom naar de (drug)hulpverlening te bewerkstelligen. Essentiële randvoorwaarden om een kwaliteitsvolle werking te garanderen en verder te consolideren omvatten, volgens de bevraagde actoren:

- Voldoende personeel en werkmiddelen
- Eensgezindheid over de functie, de taakhoud en het mandaat van de aanmeldingspunten
- Het systematisch kenbaar maken van het bestaan en de werking van de aanmeldingspunten aan alle nieuwe gedetineerden en betrokken actoren binnen en buiten de gevangenis
- Een vlotte toegang van medewerkers tot gedetineerden in de gevangenis
- Het ter beschikking stellen van een telefoon en/of computer tijdens wachtmomenten en/of in gesprekslokalen in de gevangenis
- Een verhoogde bereidwilligheid en beschikbaarheid van externe (drug)hulpverleningsdiensten om personen uit detentie te begeleiden of behandelen
- De verdere uitbouw van begeleiding- en behandelingsmogelijkheden voor specifieke doelgroepen (vrouwen, cliënten onder elektronisch toezicht, anderstalige personen, personen

met een niet-Belgische nationaliteit) en personen met bijkomende moeilijkheden (verstandelijke beperking, psychiatrische ziektebeelden).

### **3.7. Onderzoek naar de werking en verderzetting van de centrale aanmeldingspunten voor druggebruikers in de gevangenis**

Uit een bevraging door de beleidscoördinatoren van de Vlaamse Overheid (2016) bij de diensten JWW van de Centra Algemeen Welzijnswerk, de PSD, Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en voorzieningen van de drughulpverlening over de impact van de stopzetting van de CAP-werking in de praktijk blijkt dat er heel wat onduidelijkheden zijn. Deze bevraging werd enkel in Vlaanderen uitgevoerd, waardoor er geen uitspraken mogelijk zijn over de impact van de stopzetting van de aanmeldingspunten in Wallonië en Brussel.

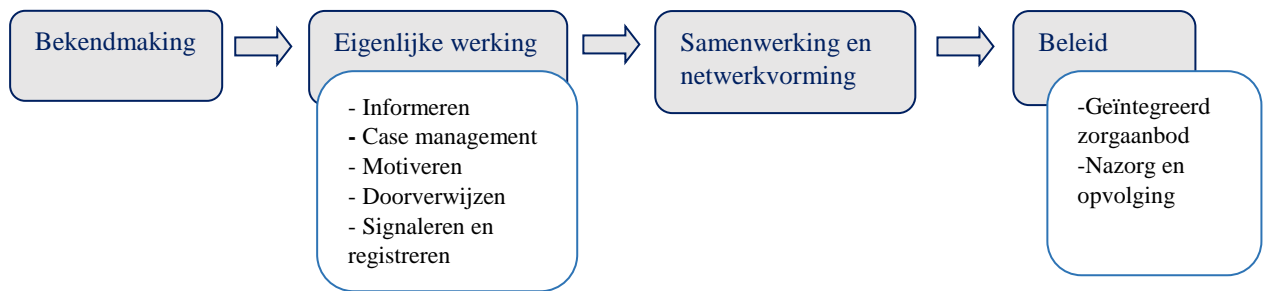
De bevroegde actoren geven aan dat er niet langer duidelijke richtlijnen of afspraken zijn rond de aanmeldings- en doorverwijzingsprocedures en de verantwoordelijkheden hierbij. Enkele voormalige taken van het CAP worden momenteel overgenomen door de PSD, CGG of de (drug)hulpverlening, waardoor deze diensten een grotere werklast ervaren. Echter, deze taken worden enkel voor veroordeelden opgenomen. Voor beklaagden worden geen taken overgenomen, met een groot hiaat voor deze groep als gevolg. Hulpverleners en gedetineerden kunnen zich niet langer beroepen op de uitgebreide expertise en voeling met het (drug)hulpverleningslandschap van de medewerkers van de aanmeldingspunten. Dit vertraagt, volgens de bevroegde actoren, een gerichte doorverwijzing op maat en heeft meer weigeringen door de (drug)hulpverlening als gevolg. Ook het gebrek aan een onafhankelijke en externe positionering, wat als grote sterkte van de aanmeldingspunten naar voor kwam, wordt als gemis in de huidige praktijk benoemd.

## **4. Aanbevelingen naar praktijk en beleid**

Bovenstaande vaststellingen wijzen op de waarde en het belang van de aanmeldingspunten rond de drie eerder aangegeven doelstellingen ((1) het verschaffen van informatie rond beschikbare (drug)hulpverlening; (2) het verhogen van de motivatie en bereidheid tot begeleiding of behandeling; en (3) het contact leggen met en het gericht doorverwijzen naar diensten voor (drug)hulpverlening) waarvoor ze werden opgericht. De verderzetting en bij voorkeur uitbreiding van de aanmeldingspunten wordt dan ook aanbevolen. Op basis van het onderzoek blijken twee zaken van primordiaal belang in de succesvolle werking van de aanmeldingspunten: het beroepsgeheim en de specifieke expertise op het vlak van drughulpverlening. Gezien de complexiteit van de situatie van druggebruikers in de gevangenis is een onafhankelijk gepositioneerde en categoriale hulpverlening met drug specifieke expertise essentieel.

In dit deel worden concrete aanbevelingen op basis van de onderzoeksbevindingen en de (inter)nationale literatuur geformuleerd. Deze aanbevelingen worden eerst gesitueerd binnen de wetgeving en huidige beleidscontext. Vervolgens worden concrete aanbevelingen geformuleerd op verschillende niveaus: bekendmaking; eigenlijke werking; samenwerking en netwerkvorming; beleid. Op het niveau van de eigenlijke werking van de aanmeldingspunten wordt een bijkomende indeling gemaakt in overeenstemming met de hoofddoelstellingen van de aanmeldingspunten. In functie van het ondervonden belang aan continuïteit van zorg wordt een bijkomende hoofddoelstelling beschreven: case management. Tot slot worden specifieke beleidsaanbevelingen geformuleerd in functie van een geïntegreerd zorgaanbod, nazorg en opvolging (Figuur 2).





Figuur 2: Overzicht aanbevelingen naar praktijk en beleid

#### 4.1. Wetgeving en huidige beleidscontext

##### *Basiswet*

Op dit ogenblik ontbreekt een omvattend en kwalitatief (drug)hulpverleningsaanbod voor gedetineerde druggebruikers in de Belgische gevangenissen, zoals reeds herhaalde malen werd aangehaald en bekritiseerd in de literatuur (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). De nood aan een betere organisatie van de (drug)hulpverlening in de gevangenis wordt ook erkend in de beleidsnota sociale zaken en gezondheidszorg van de federale minister van Volksgezondheid (Belgische Kamer Van Volksvertegenwoordigers, 2015).<sup>4</sup>

De Basiswet bepaalt expliciet het recht op gezondheidszorg in detentie en het principe van gelijkwaardigheid tussen de gezondheidszorg in de maatschappij en gezondheidszorg in een gevangeniscontext. Deze zorg dient aangepast te zijn aan de noden van de gedetineerde (Art. 88 Basiswet). Tot op heden zijn interventies in gevangenissen binnen de EU-lidstaten niet overeenkomstig met het gelijkwaardigheidsprincipe beschreven in internationale aanbevelingen door de United Nations General Assembly, UNAIDS/WHO en UNODC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). Het individueel detentieplan (Art. 35-40 Basiswet) kan hierbij een betekenisvolle rol spelen bij de zinvolle invulling van het detentietraject. Met de recente stopzetting van de aanmeldingspunten in gevangenissen neemt de ongelijkwaardigheid van de zorg aan gedetineerden met een drugproblematiek in de feiten echter alleen maar toe. De tenuitvoerlegging van deze artikels wordt dan ook, voor gedetineerden met een drugproblematiek, ten sterkste bepleit (Snacken, 2015).<sup>5</sup>

##### *Communautarisering*

In navolging van de zesde staatshervorming van 11 oktober 2011 werden een aantal bevoegdheden rond de (drug)hulpverlening overgeheveld van het federaal niveau naar de gemeenschappen. Het institutioneel akkoord bepaalt dat revalidatieovereenkomsten voor verslaafden en delen van de GGZ<sup>6</sup> onder de bevoegdheid van de gemeenschappen vallen (Federale Regering, 2011).

<sup>4</sup> Deze nota vermeldt dat de resultaten van een onderzoek voor het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg naar de (financiering van de) penitentiaire gezondheidszorg worden afgewacht (voorzien tegen eind 2016), en dat zolang vanuit volksgezondheid 'nog geen stappen genomen zullen worden' (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2015: 56).

<sup>5</sup> De enige uitzondering is art. 98 Koninklijk Besluit van 12 december 2005 tot bepaling van de datum van inwerkingtreding van artikel 98 van de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van gedetineerden en tot regeling van de samenstelling, de bevoegdheden en de werking van de Penitentiaire Gezondheidsraad, B.S. 29 December 2005.

<sup>6</sup> Met name de overlegplatforms geestelijke gezondheidszorg, de psychiatrische verzorgingstehuizen en de initiatieven beschut wonen.

Sinds 2011 financierde de FOD Justitie de werking van de aanmeldingspunten. Bij de communautarisering van de (drug)hulpverlening werden de centrale aanmeldingspunten voor de druggebruikers echter niet overgedragen naar de gemeenschappen. De FOD Justitie gaf hierbij te kennen de financiering niet langer te kunnen dragen en een negatief advies van de financiële inspectie rond de verdere financiering van de aanmeldingspunten leidde tot een stopzetting van deze aanmeldingspunten. Op 1 mei 2016 werd de werking van het CAP en in september 2016 de werking van Step by Step en Le Prisme dan ook ontbonden omwille van het beëindigen van de financiering.

In functie van een doorstart van de aanmeldingspunten zal heel wat overleg noodzakelijk blijven tussen Justitie, Volksgezondheid en de gemeenschappen. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt omtrent verantwoordelijkheden, en de daarmee gepaard gaande financiering.

Pilootprojecten waarvan de meerwaarde na grondige wetenschappelijke evaluatie wordt aangetoond, dienen structureel te worden gefinancierd terwijl projecten die niet waardevol blijken, geschrapt kunnen worden (Vander Laenen, 2016). Jo Vandeuren, Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, gaf alvast te kennen dat de financiering van het CAP vanaf 2017 zal ingepast worden binnen de Vlaamse bevoegdheid voor hulp- en dienstverlening aan gedetineerden (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2016). Omtrent de verdere financiering van Le Prisme en Step By Step was er eind november 2016 nog geen duidelijkheid.

### *Continuïteit*

In de drugsstrategie van de Europese Unie (2013-2020), de UNGASS resolutie (2016) en de aanbevelingen van de WHO (2014) wordt uitdrukkelijk vermeld dat aandacht moet uitgaan naar het versterken en uitbreiden van kwaliteitsvolle en continue zorg voor druggebruikers in gevangenissen, teneinde een zorgniveau te bereiken dat gelijkwaardig is aan wat in de gemeenschap wordt aangeboden. De tewerkstelling van een vaste medewerker van het aanmeldingspunt per gevangenis kan hiertoe bijdragen. Daarenboven komt continuïteit van zorg de vertrouwensrelatie tussen zowel de medewerker en de cliënt als tussen de medewerker en de (drug)hulpverlening ten goede. Daarnaast zou een ruimere beschikbaarheid van medewerkers eveneens de continuïteit van zorg bevorderen. De belangrijkste reden waarom cliënten niet werden gezien door de aanmeldingspunten, is immers dat de cliënt, voor het eerste gesprek kon doorgaan, reeds was vrijgekomen. Dit betekent dat in de toekomst nog korter op de bal dient gespeeld te worden om cliënten toe te leiden naar de (drug)hulpverlening. Door de aanwezigheid van meer personeel zouden niet alleen meer cliënten gezien kunnen worden, ook zouden cliënten met complexe noden intensiever kunnen worden opgevolgd. Dit zou hun motivatie voor begeleiding of behandeling ten goede komen (Vander Laenen et al., 2013). Aanvullend dient er voldoende tijd en ruimte te zijn voor overleg met verschillende partners van justitie, welzijnswerk en (drug)hulpverlening. De uitbreiding van het mandaat van de medewerkers van de aanmeldingspunten, tot een vorm van case management, zou er bovendien voor zorgen dat trajecten na detentie gemonitord en geëvalueerd kunnen worden.

## **4.2. Aanbevelingen op het niveau van bekendmaking**

Een duidelijk afgebakende en transparante taakomschrijving en systematisch georganiseerde informatie- of introductiemomenten voor alle betrokken actoren kunnen zorgen voor een grotere bekendheid van de aanmeldingspunten. Dit dient met bijzondere aandacht voor de relatie tot de detentiecontext te gebeuren. Folders, videomateriaal en dienstnota's over de werkingsprocedures en samenwerking met andere diensten kunnen hierbij als communicatiemiddel ingezet worden. Het is aangewezen dat deze kort, duidelijk en met aandacht voor anderstalige gedetineerden opgesteld worden (MacDonald et al., 2012).

Deze bekendmaking dient zowel binnen de gevangenis (bv. medische dienst, penitentiaire bewakingsassistenten,...) als buiten de gevangensmuren (bv. advocaten, rechters) te gebeuren. Zo is het aangewezen dat ook reguliere diensten buiten de (drug)hulpverlening, zoals de VDAB en het OCMW, vertrouwd zijn met de werking van de aanmeldingspunten in de gevangenissen.

### 4.3. Aanbevelingen op het niveau van de eigenlijke werking

#### *Informeren*

Om een constructieve informatieverstrekking- en overdracht te kunnen bewerkstelligen is er nood aan goede samenwerkingsverbanden tussen verschillende diensten, zowel tussen diensten binnen de gevangensmuren als tussen diensten binnen en buiten de gevangenis. Het efficiënt uitwisselen van gegevens hangt daar nauw mee samen. Er dient voldoende tijd uit te gaan naar de communicatie tussen de diensten en daarbij aansluitend ook naar duidelijkheid over de rolverdeling, verwachtingen en verantwoordelijkheden (MacDonald et al., 2012).

De medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners kunnen in het kader van het gedeeld beroepsgeheim informatie uitwisselen, indien die informatie noodzakelijk is voor de kwaliteit of de continuïteit van de hulpverlening en de cliënt goed geïnformeerd is over het doel en de inhoud van de uitwisseling én zijn/haar toestemming tot de uitwisseling heeft gegeven (Vander Laenen & Stas, 2015). Justitiële actoren zijn echter niet op dezelfde manier door het beroepsgeheim gebonden, waardoor er geen sprake is van gedeeld beroepsgeheim met hulpverleners (Van der Straete & Put, 2005). Deze verschillen tussen justitiële en niet-justitiële actoren staan een goede samenwerking niet in de weg, zolang duidelijke afspraken worden gemaakt over de informatiedoorstroming, met respect voor het beroepsgeheim van hulpverleners (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010)<sup>7</sup>. Het is dan ook belangrijk dat de justitiële actor zijn/haar rol duidelijk profileert naar de cliënt en dat er zowel op cliëtniveau als cliënt-overstijgend niveau duidelijke afspraken zijn (Vander Laenen, 2013). Verder biedt de creatie van een gemeenschappelijke database of horizontale communicatieprocedure tussen de medewerkers van de aanmeldingspunten en (drug)hulpverleners de mogelijkheid tot een verhoging van de kwaliteit en efficiëntie van de samenwerking. De toegang tot deze databank dient uiteraard afgestemd te zijn op de regelgeving inzake privacy en beroepsgeheim. Dubbel werk door zowel de medewerkers van de aanmeldingspunten als door (drug)hulpverleners in het kader van registratie en identificatie van cliëntgebonden en cliënt-overstijgende gegevens dient zoveel mogelijk vermeden te worden.

#### *Screening, assessment en case management*

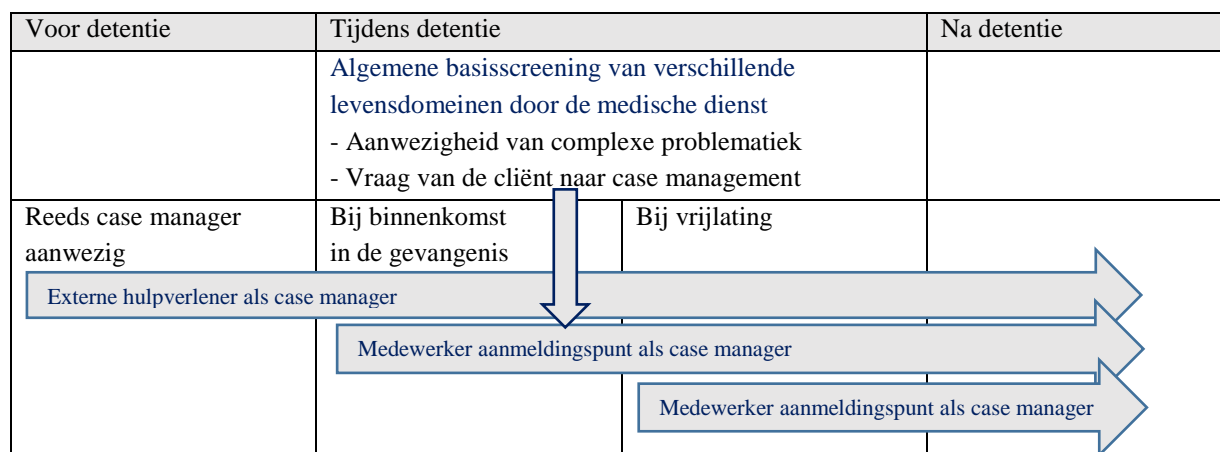
Een algemene basisscreening bij binnenkomst in de gevangenis door de medische dienst is aangewezen om problemen op het vlak van middelenmisbruik vroegtijdig te detecteren. Deze basisscreening dient zich te richten naar verschillende levensdomeinen: lichamelijke gezondheid, arbeid/opleiding/inkomen, middelengebruik, justitie/politie, familiale en sociale relaties en psychisch-en emotionele gezondheid. De ‘Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)’ (Winters & Zenilman, 1994) en de ‘Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)’ (Steadman & Veysey, 1997) zijn twee valide en korte

<sup>7</sup> Dit geldt zowel voor overleg met de PSD, tijdens de detentieperiode, als voor overleg met de justitieassistent van de cliënt, die na vrijlating uit de gevangenis instaat voor de opvolging van de cliënt en de brugfunctie vormt tussen de hulpverlening en justitie.

screeningsinstrumenten, met respectievelijk vier en acht vragen, die hierbij kunnen ingezet worden<sup>8</sup>. Indien uit deze screening aanwijzingen naar voor komen omtrent psychische en/of middelengerelateerde problemen, kan worden overgegaan tot een meer diepgaande assessment (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

Case management wordt onder meer ingezet om continuïteit in het zorgtraject te garanderen (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). De case manager treedt hierbij op vanuit een motiverende, coördinerende en hulpverlenende rol en biedt op een systematische en gecoördineerde manier een breed gamma van diensten aan op maat van de cliënt (Hall, Carswell, Walsh, Huber, & Jampoler, 2002). De functie van case manager geraakt meer en meer ingeburgerd binnen de drughulpverlening en wordt in ons land vooral ingezet bij druggebruikers met een multiple en complexe problematiek en bij transities in de hulpverlening (Vanderplasschen et al., 2011).

Indien een gedetineerde voor detentie reeds een case manager had, kan deze externe case manager de cliënt blijven opvolgen mits toestemming van de cliënt. Indien de gedetineerde nog geen eerder contact had met de (drug)hulpverlening of geen case manager heeft, kan case management ingeschakeld worden omwille van de complexiteit van de problematiek én de hulpvraag van de cliënt. De functie van case manager wordt vervolgens ingevuld door een medewerker van het aanmeldingspunt mits toestemming van de gedetineerde. Bij het verlaten van de gevangenis blijft de ondersteuning doorlopen indien de gedetineerde hiermee akkoord gaat. Dit breidt de rol van de aanmeldingspunten aanzienlijk uit, wat met een uitbreiding van personeelsmiddelen gepaard moet gaan. Wanneer de vraag naar case management zich bij vrijlating stelt én de complexiteit van de problematiek dit vereist, kan een medewerker van het aanmeldingspunt eventueel als case manager optreden (Figuur 3). Anders dan bij een begeleiding en opvolging door een justitie-assistent, garandeert het beroepsgeheim van de case manager dat de vertrouwensrelatie met de cliënt ten volle kan spelen.



*Figuur 3: Schematisch overzicht van hoe screening, assessment en case management in de toekomst door de aanmeldingspunten zou kunnen worden georganiseerd*

De inschakeling van de functie van case manager, die gedetineerden ook opvolgt en begeleidt na detentie is zeer ambitieus qua arbeidsintensiteit en benodigde middelen, maar lijkt anderzijds het meest aangewezen om tegemoet te komen aan de complexiteit aan factoren die een kwaliteitsvolle hulpverlening aan gedetineerden tijdens en na detentie bemoeilijken. Gezien de kans op herval en

<sup>8</sup> Deze instrumenten zijn onderdeel van een bredere screening en assessmentprocedure die werd ontwikkeld in een eerdere BELSPO-studie "Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling" (<https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=nl&COD=DR%2F26>) (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

recidive het hoogst is binnen de eerste drie maanden na detentie, is er voornamelijk binnen deze periode een belangrijke rol weggelegd voor case management. In de literatuur worden verschillende effectieve vormen van case management beschreven die variëren in intensiteit en tijd (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

### *Motiveren*

Het bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan een eerste stap zijn in de richting van een efficiëntere werking. Op deze manier kan tegemoet gekomen worden aan de wachtlijsten tussen de aanmelding en het eerste gesprek met een medewerker van het aanmeldingspunt. Deze wachttijd werd immers als een motivatie-belemmerende factor ervaren. Daarnaast dient er in het takenpakket van de medewerkers voldoende tijd en ruimte voorzien te worden voor het verlenen van emotionele steun om de motivatie van cliënten te behouden en versterken.

Bijscholing van nieuwe medewerkers op het vlak van motivationele gespreksvoering, kennis van comorbiditeit en van het zorgaanbod en de werking van (drug)hulpverleningsdiensten is essentieel om de motivatie van cliënten te verhogen. Zo dienen de medewerkers op de hoogte te zijn van mogelijke drempels die gedetineerden ervaren bij re-integratie (MacDonald et al., 2012). Bijzondere aandacht dient hierbij uit te gaan naar specifieke doelgroepen, zoals vrouwen, personen met een verstandelijke beperking, dubbele diagnose, cliënten onder elektronisch toezicht en anderstalige cliënten. Er is nood aan integratieve ondersteuning die verder kijkt dan drugproblemen en oog heeft voor sterktes en barrières op diverse levensdomeinen (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). De verwezenlijking van een geïntegreerd aanbod veronderstelt dan ook dat de werking van de aanmeldingspunten ingebed is in een ruimer geheel van samenwerkingsverbanden met, bijvoorbeeld voor de Vlaamse context, onder andere JWW en GZZ (cf. infra).

Daarnaast biedt het betrekken van de familie of het ruimer netwerk van de cliënt eveneens potentieel tot motivatiebevordering. Zo blijkt uit internationaal onderzoek dat ondersteuning van familieleden een vitale rol speelt bij succesvolle re-integratie (MacDonald et al., 2012). Familie bleek eveneens een belangrijke motivatie te zijn om deel te nemen aan ‘DRUGS de baas?!’ (WP5). Volgens de deelnemers van het programma was het ook aangewezen om ervaringsdeskundigen te betrekken bij de sessies. Zij konden als voorbeeld fungeren en de motivatie van participanten voor begeleiding of behandeling bevorderen (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

Ook beperkte interferentie met activiteiten eigen aan de gevangeniscontext, zoals de wandeling, werk en bezoeken, kan de bereidheid tot deelname aan het programma verhogen. Dezelfde barrières werden aangegeven in een recente studie over de participatie van Vlaamse gedetineerden aan een beroepsvoorbereidend programma tijdens detentie (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### *Een motivatie bevorderend groepsprogramma: ‘DRUGS de baas?!’ (WP5)*

Verscheidene vaststellingen benadrukken het belang van een verdere implementatie en uitbreiding van een kortdurend motivatieprogramma voor gedetineerden met een drugproblematiek. Zo blijkt uit WP 5 dat de deelnemers tevreden waren over het ‘DRUGS de baas?!’ programma met een gemiddelde score van 7,7/10. De expertise, de onbevooroordeelde houding, het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid met de gevangeniscontext van de begeleiders werd als grote sterkte van het programma ervaren door de deelnemers, begeleiders en PSD. Verschillende participanten gaven aan dat het goed was dat er eindelijk een vorm van hulpverlening aanwezig was in de gevangenis specifiek gericht op personen met een verslavingsproblematiek. Ze vonden het programma belangrijk omdat het een eerste contact kon zijn

met de hulpverlening en ze ervoeren het programma als een vorm van pre-therapie. Dit programma dient dan ook complementair aan de werking van de aanmeldingspunten te worden verdergezet en bij voorkeur te worden uitgebreid naar verschillende Belgische gevangenissen.

Teneinde het draagvlak en de bekendheid van het programma te vergroten is het aangewezen dat gedetineerden vroegtijdig gescreeend worden en dat de inhoud van het programma op regelmatige basis voorgesteld wordt aan de gedetineerden. Het is tevens aanbevolen dat begeleiders van het programma vertrouwd zijn met de gevangeniscontext en dat het gevangenispersoneel ook kennis neemt van het programma. Aanvullend kan de bekendheid van de aanmeldingspunten verhoogd worden door één sessie aan de werking van de aanmeldingspunten te wijden. De deelname aan het kortdurend motivatieprogramma dient bovendien complementair te zijn aan de werking van het aanmeldingspunt. Vanuit het aanmeldingspunt kunnen cliënten instromen in het programma, maar dit is geen vereiste. Gezien de hoeveelheid gedetineerden met een alcoholproblematiek (cf. supra) en de in onderzoek aangegeven relatie tussen alcohol, agressie en herval is voldoende aandacht voor alcoholmisbruik sterk aanbevolen (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

Indien het programma ook in Franstalige gevangenissen wordt geïmplementeerd, dient de nodige tijd te worden voorzien voor het vertalen en aanpassen van het materiaal. Bovendien is super- en intervisie en een meerdaagse opleiding, afgestemd op de noden van de gevangeniscontext, voor de begeleiders aangewezen. Indien het programma systematisch ingebed wordt in het ruimere aanbod van hulp- en dienstverlening binnen de gevangeniscontext, kan een aanzienlijke besparing in de financiering van het programma bekomen worden. Deze implementatie vergt het nodige overleg, langetermijn-perspectief en voldoende aanwezigen en betrokken penitentiaire bewakingsassistenten.

Verder wordt een zekere vorm van ondersteuning na het programma tijdens de detentieperiode door alle betrokken actoren als noodzakelijk geacht om de verworven kennis, het bereikte veranderings-niveau en motivatie te behouden. Dergelijke vorm van zorg dient zich te richten op: het verder expliciteren van de mogelijkheden van begeleiding en behandeling; het concretiseren en begeleiden van de overstap naar de (drug)hulpverlening; het vermijden van risicosituaties en schadebeperking; en het behouden en bevorderen van de motivatie. De begeleiders van het programma zijn goed geplaatst om deze nazorg te verstrekken, aangezien zij de deelnemers en hun motieven kennen en verder kunnen werken op inhoud en uit het programma.

### *Doorverwijzen*

Een eenduidige en gedragen omschrijving van het takenpakket van de medewerkers van de aanmeldingspunten is een belangrijke voorwaarde voor een efficiënte samenwerking en een vlotte doorstroom. Daarnaast toont de diversiteit in het cliëntprofiel (WP1, WP4) het belang aan van een cliëntgerichte benadering. Een individuele en omvattende assessment van de noden, waarbij een participerende benadering voorop staat, is essentieel om deze cliëntgerichte benadering vorm te geven. Daarnaast is het van belang dat deze assessmentinstrumenten gestandaardiseerd en afgestemd zijn op de specifieke detentiepopulatie-en context. Zodoende kan de realisatie van de doelstellingen van de aanmeldingspunten gemonitord en geëvalueerd worden.

Bepaalde exclusiecriteria door (drug)hulpverleningsdiensten inzake het cliëntprofiel bemoeilijken de doorverwijzing van cliënten die zich aanmelden bij de aanmeldingspunten. De bewustwording dat de moeizame doorverwijzingen van complexe casussen een gedeelde verantwoordelijkheid is van alle betrokken actoren dringt zich op. Meer expertise bij hulpverleners en medewerkers van de aanmeldingspunten over bijkomende problematieken, zoals een verstandelijke beperking of

psychiatrische ziektebeelden, kan tegemoet komen aan een gerichtere doorverwijzing. Naast een vlotte samenwerking met de (drug)hulpverlening is een goede connectie met het reguliere aanbod aangewezen. Via een integraal aanbod aan hulp- en dienstverlening dient er meer ingezet te worden op het uitbouwen van de brug tussen de gevangenis en de samenleving. Dit integraal aanbod dient zich te richten naar alle belangrijke levensdomeinen, met aandacht voor algemeen welbevinden, het sociaal netwerk, vrije tijd en werk. Een actieve samenwerking met onder andere sociale huisvesting, sociale verhuurkantoren en het OCMW (bijvoorbeeld om al een leefloon of een begeleiding rond schuldbemiddeling op te starten tijdens de detentie) is sterk aangewezen (Vander Laenen, 2015b).

### *Signaleren en registreren*

De signaleringsfunctie dient expliciet opgenomen te worden als bijkomende opdracht van de medewerkers van de aanmeldingspunten indien deze in de toekomst gecontinueerd worden. Het bijstellen en/of herorganiseren van tijdsinvesteringen die gelinkt kunnen worden aan het werken in een detentiecontext kan bijdragen aan meer tijd en ruimte voor de invulling van deze vierde hoofddoelstelling. Een administratieve vereenvoudiging of het ter beschikking stellen van een computer met netwerkverbinding in de gevangenis kan een efficiëntere registratieprocedure bewerkstelligen.

België heeft zich ertoe verbonden de sleutelindicatoren van het Europese Treatment Demand Indicator (TDI)-protocol op nationaal niveau te registreren, waardoor prioriteiten voor behandeling en preventie kunnen worden vastgelegd. De registratie van TDI-indicatoren binnen de aanmeldingspunten vormt dan ook een belangrijke aanvullende bron van informatie om het aantal en het profiel van nieuwe cliënten in de (drug)hulpverlening in kaart te brengen in functie van zorg op maat. TDI-indicatoren, die nog niet in het voorgestelde intakeregistratieformulier waren opgenomen, werden toegevoegd (Wetenschappelijk instituut volksgezondheid, 2016; Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). Het aangepaste registratieformulier werd als bijlage in het rapport opgenomen (zie bijlage 1 ‘Aangepast Intakeregistratieformulier Nederlandstalig’ en bijlage 2 ‘Aangepast Intake-registratieformulier Franstalig’). De nieuw ontwikkelde registratieformulieren kunnen, na afronding van het onderzoek, verder gebruikt worden zodat standaardisatie van het registratiebeheer en vergelijking tussen de aanmeldingspunten in Vlaanderen, Wallonië en Brussel in de toekomst mogelijk wordt.

Een follow-up registratie is aangewezen om het effect van de trajecten van cliënten te monitoren en te evalueren. Bij de uitbouw van dit follow-up registratieformulier dient voldoende aandacht besteed te worden aan de moeilijkheden eigen aan het registreren in een detentiecontext, de werklast van medewerkers en het (gedeeld) beroepsgeheim. Het is van belang dat de medewerkers van de aanmeldingspunten de geïnformeerde toestemming vragen van de cliënt voor een contactname met de (drug)hulpverleningsdienst in functie van het bevragen van het traject na doorverwijzing.

Zodoende kan met instemming van de cliënt het verloop van de doorverwijzing gemonitord en geëvalueerd worden in functie van de continuïteit van zorg en herstel. Onderzoek toont immers aan dat met eenvoudige telefonische opvolging reeds helpt om hervat te voorkomen en herstel te bevorderen (Dennis, Scott & Laudet, 2014). Indien deze follow-up bevraging systematisch wordt toegepast, biedt deze bovendien de mogelijkheid om barrières en hiaten in de (drug)hulpverlening bloot te leggen. Aldus kan de continuïteit van zorgtrajecten bevorderd worden door, zowel op cliëntniveau als op meer structureel niveau, barrières en hiaten aan te pakken (cf. signaleringsfunctie).

#### 4.4. Aanbevelingen op het niveau van samenwerking en netwerkvorming

Effectieve samenwerking en netwerking tussen diensten binnen de gevangenis en externe diensten is essentieel in de ontwikkeling van succesvolle trajecten (MacDonald et al., 2012). Binnen de gevangenis blijven teamvergaderingen met medewerkers van de aanmeldingspunten onderling aangewezen om elkaar te ondersteunen. Voor de Vlaamse situatie geldt dat herhaaldelijk overleg met medewerkers van het JWW en van de CGG, werkend in de gevangenis, aanbevolen is in functie van de uitbouw van een ‘hulp- en dienstverleningsplan’ (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). Aanvullend op het ‘hulp- en dienstverleningsplan’ is overleg met leden van de PSD eveneens noodzakelijk voor de uitbouw van het detentieplan.

In functie van een efficiënte samenwerking en doorverwijzing is het eveneens belangrijk dat medewerkers van de aanmeldingspunten betrokken worden bij overlegvergaderingen van netwerken buiten de gevangenis, zowel binnen de drug specifieke hulpverlening als binnen de GGZ. Zodoende kunnen de doelstellingen en werking van de aanmeldingspunten consistent worden meegegeven en eventuele knelpunten in de samenwerking aangekaart. Een jaarlijks evaluatiemoment met de medewerkers van de aanmeldingspunten en externe hulpverleners, waarbij het verloop van de doorverwijzingen en cliënttrajecten geëvalueerd worden, is aangewezen. Dergelijk evaluatiemoment zou ook bijdragen tot de professionalisering van de aanmeldingspunten, aangezien aldus de elementen die bijdragen aan een vlotte doorverwijzing verder ontwikkeld kunnen worden. Gedeeld beroepsgeheim geldt hierbij als voorwaarde, indien het overleg niet-geanonimiseerd verloopt (cf. supra).

#### 4.5. Aanbevelingen op het niveau van beleid

##### *Geïntegreerd zorgaanbod*

Een combinatie van het maximaal binnenbrengen in de gevangenis van (drug)hulpverlening uit de samenleving en het organiseren van een gevangenis-specifiek aanbod is wenselijk, teneinde volwaardige zorg voor gedetineerden te realiseren (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Hierbij dient maximaal ingezet te worden op de uitbouw van een (drug)hulpverleningsaanbod in elke gevangenis én van een geïntegreerd drugbeleid. Dit kan mede ontwikkeld worden door de verderzetting of heropstart van de lokale stuurgroepen drugs. Binnen deze lokale stuurgroepen drugs dient een actieve rol te worden voorzien voor de medewerkers van de aanmeldingspunten, zowel in functie van de uitbouw van een geïntegreerd lokaal drugbeleid tijdens detentie als wat betreft het opnemen van de signaleringsfunctie. Het hulp- en dienstverleningsaanbod aan gedetineerden dient hierbij optimaal gelinkt te worden aan dat van andere actoren die een verwant aanbod organiseren, zoals de diensten JWW en CGG (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014).

De communautarisering van de gespecialiseerde drughulpverlening biedt bovendien een mogelijkheid om de huidige, op prestatie gerichte financiering, te vervangen door een enveloppefinanciering dan wel een meer persoonsgerichte financiering (Vlaamse Overheid, 2013; Vander Laenen, 2016), zodat zij wel zorg en ondersteuning kunnen aanbieden in de gevangenis (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Een continuüm van interventies is aangewezen teneinde zorg op maat voor elke gedetineerde te kunnen uitbouwen. Dit omvattend en geïntegreerd aanbod dient gebaseerd te zijn op evidence-based praktijken, waaronder harm reduction-initiatieven (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Een onderhoudsbehandeling dient minimaal in alle gevangenissen te kunnen worden opgestart of verdergezet, wat momenteel niet het geval is (Schiltz, Van Malderen & Vanderplasschen, 2015). Het verderzetten van een methadononderhoudsbehandeling tijdens detentie draagt immers bij tot de behandelingsbereidheid na vrijlating, wat ook de kans vermindert op een overdosis en risicogedrag



(Rich et al., 2015). Een consequent zorgbeleid rond substitutie dringt zich dan ook op, los van individuele voor-of afkeuren van artsen. Deze weerstand tegenover substitutiebehandeling bij sommige gevangenisartsen kan ondervangen worden door het aanbieden van bijkomende vorming (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).

### *Nazorg en opvolging*

Een drugsprobleem verhoogt de kans op een overdosis en mortaliteit na vrijlating uit de gevangenis aanzienlijk, onafhankelijk van socio-demografische, criminologische of familiale factoren (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Nazorg kan dit risico beperken, omdat dit een positieve invloed uitoefent op de kans op recidive en op druggebruik na detentie (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Nazorg is vooral belangrijk tijdens de eerste drie maanden na detentie, aangezien de kans op herval en recidive dan het hoogst is (zie WP 2). Het bieden van een schakel tussen de gevangenis en de (drug)hulpverlening buiten de gevangensmuren is van groot belang om de continuïteit van zorg en lange termijn effecten te garanderen (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Momenteel is deze schakel in de Belgische detentiecontext onvoldoende uitgebouwd en komt deze verder onder druk te staan als gevolg van de stopzetting van de aanmeldingspunten in de gevangenissen. Buitenlandse voorbeelden, waarbij sterk ingezet wordt op ‘peer support’ of ervaringsdeskundigheid, kunnen heel wat inspiratie bieden voor de implementatie van nazorg om gedetineerden te ondersteunen bij hun re-integratie en rehabilitatie in de maatschappij.

## Referenties

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uniwen).
- Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.

- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers*. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soye, V., Vandeveld, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une etude exploratoire pour le developpement d'une methodologie*. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). From the inside. Experiences of prison mental health care. *London: Centre for Mental Health*. 1-78.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie\\_in\\_cijfers](http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers)
- Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.
- Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe*. 1-207.
- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.

- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid : sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik* (146), 16-20.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedetineerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.
- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.
- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. *London: Ministry of Justice*.

- Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., ... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet*, 386(9991), 350-359.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafrechtregister. *Panopticon*, 36(3), 173-189.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society*, 17(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveld, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*. Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD)*.
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.
- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly*, 13, 1-24.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveld, S., De Maeyer, J., De Ruysscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62–73

- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., ... & De Ruyver, B. (2013). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium (SUBANOP)*. Academia Press.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, 1-34.
- Vanhoe, M., Vandevelde, D., Stas, L. & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede*, 2012, 1-36.

- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via [http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag\\_2015.pdf](http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf)
- Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016). *Reactie Jo Vandeurzen op berichtgeving over CAP*. Verkregen op 4 oktober, 2016, via <http://www.jovandeurzen.be/nl/reactie-jo-vandeurzen-op-berichtgeving-over-cap>
- Vlaamse overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).



ETUDE EVALUATIVE DES PROCESSUS ET DES EFFETS DES  
POINTS CENTRAUX DE CONTACT, D'ORIENTATION ET  
D'ACCOMPAGNEMENT POUR USAGERS DE DROGUE DANS  
LES PRISONS BELGES

**RÉSUMÉ**



STIJN VANDEVELDE, FREYA VANDERLAENEN,  
WOUTER VANDERPLASSCHEN & LANA DE CLERCQ



BENJAMIN MINE & ERIC MAES

EN PARTENARIAT AVEC LE SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT ET LE SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE





**Promoteurs**

Stijn Vandavelde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Benjamin Mine & Eric Maes

**Chercheurs**

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

**Partenaire étranger**

Charlie Lloyd

University of York, Department of Health Sciences

## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. Raison d'être et contexte de la recherche.....</b>	<b>1</b>
1.1. Situation dans les prisons européennes .....	1
1.2. La prestation d'aide aux usagers de drogue dans les prisons européennes.....	1
1.3. Le contexte belge.....	3
1.4. Hiatus dans la prestation d'aide (aux usagers de drogue) au sein des prisons belges.....	4
<b>2. Méthodologie.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Conclusions.....</b>	<b>6</b>
3.1. Informer: le nombre de bénéficiaires atteints et leur profil (WP 1).....	6
3.2. La motivation: qu'est ce qui favorise et entrave la motivation à l'accompagnement ou au traitement? (WP3, WP5).....	7
3.3. L'orientation: le nombre d'orientations et les facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile l'orientation (WP1, WP3, WP4).....	8
3.4. Le signalement comme quatrième objectif (WP2, WP4).....	9
3.5. La plus-value d'un point de contact spécialisé au sein de la prison est reconnue par tous les acteurs (WP1-WP5).....	12
3.6. Les conditions secondaires essentielles pour un fonctionnement optimal des points de contact (WP2-WP5).....	13
3.7. Recherche sur les pratiques et le maintien des PCOA pour les usagers de drogue incarcérés.....	13
<b>4. Recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques.....</b>	<b>14</b>
4.1. Le cadre législatif et les tendances politiques actuelles.....	15
4.2. Recommandations au niveau de la visibilité.....	16
4.3. Recommandations au niveau du fonctionnement propre.....	17
4.4. Recommandations au niveau de la collaboration et réseautage.....	21
4.5. Recommandations au niveau politique.....	22
<b>Références.....</b>	<b>24</b>

## **Contextualisation**

*Ce document est un résumé détaillé d'une recherche menée sur les processus et les résultats liés aux activités des Points centraux de Contact, d'Orientation et d'Accompagnement pour usagers de drogues dans les prisons de Flandre, Bruxelles et Wallonie. La recherche a été réalisée à la demande de la Politique scientifique fédérale BELSPO et fut rendu possible grâce au financement conjoint du Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et du Service public fédéral Justice. L'étude s'est déroulée du 1er décembre 2014 jusqu'au 31 octobre 2016. Elle a été menée par l'Université de Gand, département Orthopédagogie et département de Criminologie, Droit pénal et Droit social ainsi que par l'Institut National de Criminalistique et de Criminologie. L'objectif de ce résumé est de donner un aperçu des principaux résultats de cette recherche scientifique en mettant en avant des recommandations politiques et pratiques. Le rapport complet est disponible sur le site web de BELSPO.*

## **1. Raison d'être et contexte de la recherche**

### **1.1. Situation dans les prisons européennes**

La recherche fait état d'une haute prévalence de la consommation et de l'abus d'alcool et/ou de substances illégales chez les détenus (Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012; Enggist et al., 2014). Cette consommation ou ces abus sont en moyenne plus fréquents chez les détenus que dans la population générale (EMCDDA, 2012; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Enggist et al., 2014). Une revue de la littérature montre qu'il est question d'abus d'alcool ou de dépendance chez 18% à 30% d'hommes détenus et chez 10% à 24% de femmes détenues. Pour la consommation de drogues illégales ou la dépendance à celles-ci, la prévalence est plus élevée, variant de 10% à 48% dans la population masculine et de 30% à 60% dans la population féminine à leur entrée en prison (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Il ressort d'études menées depuis 2000 dans 15 pays européens qu'entre 2% et 56% des détenus ont consommé au moins une quelconque forme de drogue en détention (EMCDDA, 2001). Le cannabis est consommé le plus fréquemment, suivi par la cocaïne et l'héroïne (Bullock, 2003).

La relation entre la consommation de substances et l'implication dans des faits criminels a déjà été fréquemment décrite par la littérature (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin, O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). 17% des détenus européens sont en détention en raison d'infractions commises en lien avec la consommation de drogue, la possession de drogue ou le trafic de drogues (Aebi & Del Grande, 2013). Les détenus qui consomment régulièrement de l'alcool ou des drogues auraient en outre plus de probabilité de récidiver et retomberaient plus souvent dans l'abus de consommation de substances (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

### **1.2. La prestation d'aide aux usagers de drogue dans les prisons européennes**

Les détenus souffrent souvent de difficultés psychiques et médicales d'une grande complexité (Rutherford & Duggan, 2009). La prise en compte de ces besoins divergents mais souvent liés, est reconnue au sein de l'Union européenne comme une priorité (EMCDDA, 2012). Une prestation d'aide adéquate aux usagers de drogue incarcérés peut en effet aussi bien réduire la consommation de drogues que la récidive (Enggist et al., 2014). L'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) dressait en 2012 un aperçu des différentes prestations d'aide aux usagers de drogue disponibles au sein

des prisons européennes. Une distinction y est faite entre les interventions orientées vers la diminution de la demande de drogues, les interventions orientées vers la réduction des risques et les interventions centrées sur le lien avec la communauté.

Les interventions orientées vers la réduction de la consommation incluent des communautés thérapeutiques basées en prison, des traitements de substitution et de désintoxication, des sections sans drogue et des groupes d'entraide. Ces interventions semblent donner des résultats positifs par rapport à la récidive et la consommation de drogues, mais ne sont mises en œuvre que de manière limitée (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu & Athanasou, 2015). Des mesures de réduction des risques, comme les vaccinations, sont mises en place dans différentes prisons, tant proactivement qu'à la seule demande du détenu. Des désinfectants pour nettoyer les aiguilles ne sont souvent pas présents dans les prisons européennes et l'échange de seringues n'est possible que dans un nombre restreint de pays (EMCDDA, 2012).

Plusieurs prisons européennes développent par ailleurs des initiatives 'throughcare'. Ces initiatives se focalisent sur la continuité des soins et l'appui entre la prison et la communauté et vice-versa (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Fox et al. (2005, p. 1) décrivent 'throughcare' comme: *"Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender's first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement."* L'EMCDDA (2012, p. 23) souligne l'importance du 'throughcare': *"the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits"*. Là où existent des services 'throughcare', les ex-détenus semblent effectivement rechuter moins souvent dans la consommation de drogues ou la commission d'infractions (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013). La période qui suit immédiatement la libération est caractérisée par un risque élevé de commettre de nouvelles infractions et de consommer à nouveau des drogues, avec une haute probabilité d'overdose (Belenko, 2006; Binswanger et al., 2007; Leukefeld et al., 2009; MacDonald et al., 2012; MacDonald MacDonald, Williams & Kane, 2013). L'ONUUDC (2008) considère que l'aftercare est en principe la dernière étape d'un 'throughcare' efficace. L'aftercare est décrit comme un programme de réhabilitation ou de réinsertion qui soutient activement les détenus après leur sortie de prison (ONUUDC, 2008). Fox et al. (2005, p. 1) décrivent l'aftercare comme: *"Aftercare is a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment."*

Les interventions internationales 'throughcare' et 'aftercare' varient d'une section spécifique au sein de la prison axée sur la réinsertion (Cox, 2013; Powis, Walton & Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014), à la continuité d'une thérapie ou d'un suivi après la libération (Torrens & Ruiz, 2015) jusqu'à l'implication intensive des familles (EMCDDA, 2001). En outre, le soutien des pairs (*peer support*) est considéré comme une valeur sûre dans les prisons d'Angleterre et du Pays de Galles. Les interventions axées sur la mobilisation des pairs semblent efficaces dans la réduction des comportements à risque et l'amélioration de la santé mentale des détenus participants (Bagnall et al., 2015; Humphreys & Lembke, 2014). Les interventions 'Listener Schemes' mises fortement sur l'expertise issue de l'expérience. Les détenus y sont formés à l'écoute pour soutenir émotionnellement des codétenus (Jaffe, 2012). L'expertise issue de l'expérience offre une grande plus-value car les facteurs qui favorisent ou entravent le processus de reconstruction sont, d'après leur propre vécu, rapidement identifiés et compris sur le fond (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

### 1.3. Le contexte belge

Un grand nombre de détenus dans les prisons belges présentent une problématique en lien avec les drogues. Environ deux tiers des détenus indiquent avoir consommé à un moment de leur vie des substances illégales. Parmi ceux-ci, un tiers a déclaré avoir consommé un produit illégal en détention et 11,7% indiquaient avoir consommé pour la première fois un produit illégal lors d'une incarcération dans un établissement pénitentiaire (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012).

Au sein des prisons belges, un certain nombre d'initiatives existent déjà pour limiter *intramuros* la consommation de drogues et les conséquences négatives liées à celle-ci (Coordination Permanente Cellule Générale de Politique Drogues, 2010; Van Malderen, 2012). Ainsi, les détenus avec une dépendance aux opiacés peuvent depuis 2006 faire appel à un traitement de substitution à la méthadone ou au buprenorphine. Dans certaines prisons, cette forme de traitement est peu administrée dans le cadre d'un traitement de substitution, elle l'est uniquement en vue d'une désintoxication (Vander Laenen et al., 2013). Des projets de prévention ont par ailleurs été mis sur pied dans différentes prisons wallonnes, parmi lesquels 'Boule de Neige', 'Détenus Contact Santé' et 'Prévenez-vous', où les détenus sont formés à la prévention des risques qui accompagnent la consommation de drogues. A côté des interventions préventives, il existe en Belgique quelques interventions qui reposent sur l'accompagnement thérapeutique des détenus durant la période de détention. Ainsi, le centre pénitentiaire agricole de Ruiselede offre depuis 1995 le programme 'B.Leave' pour des détenus condamnés pour des faits de drogue ou concernés par une problématique de dépendance. Le programme 'Schakels' a été élaboré en complément du programme 'B.Leave' et vise à prévenir la rechute ainsi qu'à développer les compétences sociales (Van Luchene, 2013). En outre, il existe depuis 2009 dans le complexe pénitentiaire de Bruges une section sans drogue 'D-side' et depuis 2012 un programme de courte durée pour les usagers de drogues incarcérés ('Kortdurend drugprogramma voor druggebruikende gedetineerden'). A Hasselt, une section sans drogue fut également créée dans la prison en 2015 (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Depuis 2011, des Points centraux de Contact, d'Orientation et d'Accompagnement pour usagers de drogues ont été instaurés ou poursuivis dans les prisons flamandes, bruxelloises et wallonnes. En Flandre, le Centraal Aanmeldingspunt voor drugs (CAP) intervient depuis le 1<sup>er</sup> mars 2011 au sein de 14 prisons flamandes dans le cadre d'un projet du Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV), initié à la demande du Service public fédéral Justice, service Soins de Santé. Fin 2011, des points de contact furent mis en place dans les prisons bruxelloises (Le Prisme) et wallonnes (Step by Step). Les points centraux de contact sont nés du constat que les détenus éprouvent des difficultés à leur libération à faire le lien avec les prestations d'aide (pour usagers de drogues). Dans une perspective 'throughcare', les points de contact œuvrent à la continuité des soins et au soutien entre la prison et la communauté. Les collaborateurs des points centraux de contact sont des prestataires d'aide aux usagers de drogues qui assurent une fonction de liaison entre la prison et les prestations d'aide aux usagers de drogues en dehors de la prison. Ils soutiennent les usagers de drogue incarcérés dans la recherche d'une prise en charge adéquate après la détention. Au moyen d'entretiens individuels qui ont lieu en prison à des moments fixes, ils poursuivent les objectifs suivants: (1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues.

Depuis 2011, le Service public fédéral Justice finançait le fonctionnement des points de contact. Ceux-ci n'ont cependant pas été transférés aux Communautés lors de la communautarisation de la prestation d'aide (aux usagers de drogue). Le Service public fédéral Justice déclarait ne plus pouvoir supporter plus longtemps le financement et un avis négatif de l'inspecteur des finances relatif à la poursuite du financement des points de contact mena à l'arrêt de leur activité. Dès lors, le CAP fut dissout le 1<sup>er</sup> mai 2016, suivi par Step by Step et Le Prisme en septembre 2016. Par conséquent, il n'existe plus *de facto* de soutien spécifique et spécialisé aux usagers de drogue au sein de la plupart des prisons belges (à l'exception de projets spécifiques dans quelques-unes d'entre elles).

#### **1.4. Hiatus dans la prestation d'aide (aux usagers de drogue) au sein des prisons belges**

Malgré le développement de diverses initiatives axées sur la prestation d'aide aux usagers de drogue incarcérés, l'offre existante n'atteint qu'un petit nombre de détenus. De plus, l'offre de services dans les prisons belges n'est pas élaborée de manière suffisamment cohérente ni satisfaisante en termes de continuité des soins (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). D'après le rapport de l'OMS (2014), il ressort que l'offre en matière de prévention, de traitement et de mesures de réduction des risques dans les prisons des Etats membres de l'Union européenne est insuffisante en comparaison avec les initiatives de soins qui se sont développées les 30 dernières années dans la communauté (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Tant au niveau international qu'en Belgique, les initiatives 'throughcare' et 'aftercare' ne sont, à ce jour, pas suffisamment efficaces et adéquates par rapport aux besoins spécifiques de la population pénitentiaire (MacDonald, Williams & Kane, 2012).

Avec la cessation d'activités récente du CAP, Le Prisme et Step by Step, une offre de prestations d'aide de qualité aux usagers de drogues incarcérés semble plus inaccessible que jamais. Dans la stratégie européenne en matière de drogue (2013-2020), il est pourtant indiqué explicitement qu'une attention particulière doit être portée au renforcement et à l'extension de soins de qualité pour les usagers de drogue dans les prisons afin d'atteindre un niveau de soins équivalent à ce qui est proposé dans la communauté. La Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration pénitentiaire ainsi que le statut juridique des détenus (M.B. 1<sup>er</sup> février 2005; ci-après dénommée 'Loi de principes') et les récentes recommandations de l'Assemblée Générale des Nations Unies (2016, p13-14) sont aussi claires: *"Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pretrial detention, which are to be on a level equal to those available in the community."*

## **2. Méthodologie**

Le projet PROSPER visait à évaluer le fonctionnement et les effets des Points centraux de Contact dans les prisons en Wallonie, en Flandre et à Bruxelles. Cela n'avait pas encore été examiné scientifiquement. Cette étude avait ainsi un triple objectif:

1. Examiner le fonctionnement des points de contact et leurs effets sur les trajectoires des détenus avec une problématique de consommation de drogues. Il s'agissait plus précisément d'apprécier dans quelle mesure les personnes entraient en contact avec les services et de s'intéresser aux

effets liés au traitement, en ce compris la motivation, l'engagement dans le traitement, la réticence à celui-ci, la santé, le fonctionnement psychosocial et la récidive.

2. Documenter comment les points de contact étaient perçus par les différents acteurs impliqués, en prêtant attention à leur fonctionnement, à leurs points-forts, aux éléments à travailler ainsi qu'aux défis et opportunités futurs.
3. Formuler des recommandations politiques quant à l'éventualité de la poursuite, du développement et/ou de l'aménagement du fonctionnement des points de contact.

Le projet comporte six workpackages (WP) et mobilisait plusieurs méthodes.

Le premier WP débuta avec une revue de littérature (inter)nationale concernant la disponibilité des prestations d'aide et des initiatives 'throughcare' pour les détenus avec un problème de dépendance (Partie II). Une analyse secondaire des bases de données des points de contacts fut ensuite réalisée afin de mettre en évidence leur fonctionnement et d'examiner l'issue des orientations effectuées (Partie II, chapitre 1).

Le second WP (chapitre 3) était axé sur la relation entre le soutien offert par les points de contact et trois indicateurs de récidive (l'ouverture de nouveaux dossiers par le parquet correctionnel, l'enregistrement de nouveaux bulletins de condamnation au Casier judiciaire central et le retour en prison). Ces indicateurs ont été examinés au moyen de techniques d'analyse bivariées et multivariées pour deux groupes d'anciens détenus provenant des bases de données disponibles des points de contacts.

Le troisième WP (chapitre 4) examinait la perception des différents acteurs à l'égard du fonctionnement des points de contact. La plus-value des points de contact, les facteurs entravant leur fonctionnement optimal et les suggestions pour leur amélioration furent questionnés au moyen d'entretiens. Quatre groupes de répondants furent interrogés: les collaborateurs des points de contact ; les prestataires d'aide externes qui accompagnent ou traitent régulièrement les bénéficiaires des points de contact ; les acteurs de la justice qui sont régulièrement en contact avec les bénéficiaires des points de contact et, pour la Flandre, les collaborateurs des services d'aide aux détenus (SAD); les bénéficiaires des points de contact. Les entretiens furent analysés au moyen d'un programme d'analyse qualitative NVivo.

Dans le quatrième WP (chapitre 2), trois formulaires d'enregistrement standardisé de données et un questionnaire de suivi téléphonique ont été élaborés. Dans le cadre d'un dispositif prospectif, les caractéristiques des nouveaux bénéficiaires furent consignées à l'aide d'un formulaire d'enregistrement d'admission. Ces bénéficiaires furent recontactés 6 mois plus tard par téléphone afin de sonder leur situation actuelle sur le plan psychosocial et l'incidence de l'intervention des points de contacts sur leur accompagnement ou leur traitement actuels. En outre, les tâches incombant aux collaborateurs des points de contact furent objectivées au moyen d'un formulaire d'enregistrement spécifique aux tâches relatives au bénéficiaire et d'un autre d'ordre plus général.

Le cinquième WP (chapitre 5) était axé sur le développement et la mise en œuvre du programme 'DRUGS de baas ?!' dans la prison de Gand, un programme collectif de courte durée stimulant la motivation des détenus avec une problématique de drogues. Une étude de faisabilité relative à l'implémentation de ce programme fut aussi réalisée, dans laquelle la perception des différents acteurs était interrogée: (1) le personnel des points de contact ; (2) les membres du personnel de services extérieurs qui accompagnent ou traitent régulièrement des bénéficiaires des points de contact et qui ont suivi des participants au programme; (3) le personnel de la justice qui est régulièrement en contact avec les bénéficiaires des points de contact ; et (4) les participants au programme.

La troisième partie du rapport (le 6<sup>ème</sup> WP) intégrait les résultats des WP mentionnés précédemment. Une réponse fut recherchée aux questions relatives à (1) l'efficacité des points de contact en termes de récidive et d'indicateurs liés au traitement ; (2) l'évaluation du processus sur la base des perceptions d'acteurs-clés, notamment par rapport aux points forts, aux obstacles potentiels ainsi qu'aux défis et opportunités futurs ; et (3) des recommandations pratiques et politiques relatives au maintien, au développement et/ou à l'aménagement des points de contact.

WP1, WP4 et WP5 furent réalisés sous la direction de l'Université de Gand. L'INCC fut en charge du WP2 et les WP3 et WP6 furent menés par les deux équipes de recherche.

### **3. Conclusions**

La présentation des conclusions est structurée selon les objectifs principaux poursuivis par les points de contact, soit (1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues. Un quatrième objectif fut mis en évidence à partir des constats de la recherche, à savoir le signalement, que nous développerons plus avant dans ces conclusions.

#### **3.1. Informer: le nombre de bénéficiaires atteints et leur profil (WP 1)**

L'information relative aux prises en charge disponibles était le premier objectif principal des points de contact. Sur base de leurs systèmes d'enregistrement, il fut constaté qu'un total de 2182 bénéficiaires s'est présenté auprès des points de contact à Bruxelles, en Wallonie et en Flandres pendant l'année 2014 (année de référence pour l'étude). Parmi ceux-ci, 80,2% des bénéficiaires ont eu un ou plusieurs entretiens (d'inscription). Tout au long des années répertoriées (2012-2014), le nombre absolu de bénéficiaires rencontrés demeura plus ou moins stable. La population carcérale belge, et *a fortiori* aussi la sollicitation des points de contact, ont systématiquement augmenté durant la période d'enregistrement (ainsi la population carcérale augmenta de 11 107 personnes en 2012 et 11 732 en 2013 à 11 769 personnes en 2014) (Service public fédéral Justice, 2016 ; Statistics Belgium, 2015). Cette hausse n'a pas été accompagnée d'une augmentation du nombre de collaborateurs, raison pour laquelle un grand nombre de bénéficiaires (19,8%) n'ont pas pu être rencontrés, en raison notamment du délai d'attente entre le moment où ils se sont inscrits et le premier entretien.

Le profil des bénéficiaires qui se sont inscrits fut établi au moyen d'une analyse secondaire des bases de données des points de contact. Ainsi, la majorité des bénéficiaires était âgée de 20 à 35 ans et était des hommes. Les points de contact semblaient toucher un public cible un peu plus âgé ainsi que plus de femmes, comparé à l'ensemble de la population carcérale. 78% des bénéficiaires des points de contact étaient de nationalité belge, un pourcentage considérablement plus élevé que celui de la population pénitentiaire générale (Service public fédéral Justice, 2015). Cette différence pourrait signifier que les personnes qui n'ont pas la nationalité belge sont difficiles à toucher. Les pourcentages de bénéficiaires condamnés et inculpés étaient comparables dans les trois points de contact. Il y avait en moyenne 47,4% de bénéficiaires condamnés et 46,3% en détention préventive. Les points de contact ont rencontré proportionnellement plus de personnes inculpées et moins de personnes condamnées, comparé au nombre de personnes inculpées et condamnées en détention durant l'année 2014 (Service public fédéral



Justice, 2015). Une explication possible est que la fréquentation par la personne inculpée d'un service de prestation d'aide (aux usagers de drogues) peut être une des conditions pour une (re)mise en liberté sous conditions. De plus, les points de contact ont rencontré en moyenne moins de personnes internées comparativement à la proportion de personnes internées qui compose l'ensemble de la population pénitentiaire (Service public fédéral Justice, 2015). Les opiacés (tant l'héroïne que la médication de substitution) et l'alcool sont le plus souvent cités en matière d'abus de substances addictives. L'abus de cannabis était aussi souvent évoqué. De façon surprenante, l'usage d'amphétamines était plus souvent mentionné auprès du CAP que de Step by Step et Le Prisme. Ce qui occasionne cette différence n'est pas clairement d'identifié.

### **3.2. La motivation: qu'est ce qui favorise et entrave la motivation à l'accompagnement ou au traitement? (WP3, WP5)**

Les points de contact étaient également axés sur le renforcement de la motivation et de la disposition au traitement chez les bénéficiaires. Des facteurs qui favorisent ou entravent la motivation ont été identifiés à partir des constats des WP 3 et 5.

Les acteurs interrogés (WP3) considèrent que l'indépendance du service est le point fort des points de contact, laquelle permet de porter un regard neutre sur les bénéficiaires. Le travail des collaborateurs serait ainsi axé sur le renforcement des capacités ainsi que sur les points forts et le potentiel des bénéficiaires. Par ailleurs, le secret professionnel des collaborateurs fut considéré comme un élément indispensable par différents intervenants. Les bénéficiaires ont également mentionné que le secret professionnel renforçait leur confiance dans les collaborateurs. Cela rendait possible une parole ouverte et libre, ce qui permettait d'aborder plus facilement leur situation. En outre, les bénéficiaires accordaient beaucoup d'importance à l'implication personnelle des collaborateurs dans l'accomplissement de leurs tâches. Ils appréciaient surtout le soutien émotionnel et la sollicitude des collaborateurs. Cette attitude et façon de travailler empathique, non intrusive et sans préjugé, constituaient une motivation supplémentaire pour entreprendre une prise en charge.

Les prestataires de soins interrogés déclaraient que la période d'attente entre la décision du client de s'inscrire, le premier entretien et le début de l'accompagnement ou du traitement avait une influence négative sur la motivation à participer à un accompagnement ou à un traitement. De même, certains bénéficiaires mentionnaient le délai d'attente pour un premier entretien avec un collaborateur du point de contact comme un frein à leur motivation (WP3). La baisse de la motivation au traitement a également été associée à un arrêt plus élevé de celui-ci dans une recherche sur les chambres de traitement de la toxicomanie (CTT) (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).

Il ressortait des entretiens qualitatifs menés avec les participants d'un programme de motivation de courte durée 'DRUGS de baas?!' (WP5), réalisé par l'asbl De Kiem dans le cadre de cette recherche, que la motivation à participer était très variée. Les raisons principales invoquées étaient la volonté de bien faire pour la famille, la perspective d'une vie sans drogue et la possibilité d'une libération anticipée. La proposition d'une grande diversité de thèmes dans le programme fut considérée pertinente, ce qui accentue l'importance d'une offre diversifiée. L'évaluation mettait également en évidence qu'une attention explicite suffisante devait être accordée à l'usage et l'abus d'alcool. Les interventions orientées sur l'abus d'alcool auprès des détenus contribuent en effet à la réduction des problèmes d'alcool et de santé ainsi qu'à une diminution du risque de récidive (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). D'autre part, ici aussi, l'attitude sans préjugé des accompagnants, le secret professionnel et l'indépendance semblaient constituer une condition essentielle pour permettre une parole libre. Le programme 'DRUGS

de baas?!’ paraissait influencer positivement la disposition au changement de la majorité des participants. Le partage d’expérience, les conseils sur la gestion du manque (*craving*) et la réflexion collective sur les solutions possibles aux problèmes liés aux drogues, étaient considérés comme les principales forces du programme. Tendre vers l’abstinence n’était pas une condition à la participation. Ceci favorisait, selon les participants, l’accès au programme. Ces effets positifs du programme doivent cependant être interprétés avec une certaine prudence compte tenu du petit échantillon.

### **3.3. L’orientation: le nombre d’orientations et les facteurs qui facilitent ou rendent plus difficile l’orientation (WP1, WP3, WP4)**

Le troisième objectif des points de contact était d’orienter les bénéficiaires et de les mettre en contact avec les services de traitement de problèmes liés à la consommation de drogues. Des informations relatives à la trajectoire de prise en charge des clients après leur orientation étaient uniquement disponibles pour le CAP en Flandre.

Il ressort des analyses du WP 1 que 4807 bénéficiaires se sont présentés auprès du CAP entre 2011 et 2014. 80,4% des personnes ont bénéficié d’un entretien et, parmi celles-ci, 43% des personnes ont été orientées vers un service. Plus de la moitié de ces personnes réorientées ont commencé le suivi ou le traitement proposé et près de la moitié de celles-ci l’avaient terminé conformément aux objectifs thérapeutiques ou bien étaient encore en traitement ou en suivi au moment de la recherche.

Au total, 657 personnes se sont inscrites auprès du service Le Prisme entre 2012 et 2014, parmi lesquelles 82,5% ont bénéficié d’un entretien d’inscription. Il ressort de leur base de données que toutes les personnes enregistrées en 2014 ont été orientées.

Step by Step reçut un total de 1570 demandes au cours des 3 années de référence (2012 à 2014). Parmi celles-ci 93,3% furent rencontrées et 87,5% furent ensuite orientées. Près d’un quart des bénéficiaires a été orienté au même moment vers plusieurs services. Une différence dans le nombre d’orientations réalisées est apparue entre le CAP, Step by Step et Le Prisme. Hormis le fait que Step by Step orientait vers plusieurs services, cette différence est probablement due à une interprétation différente de la notion d’orientation’. Le CAP n’enregistrait une personne comme orientée que lorsqu’une attestation d’admission ou de suivi était obtenue auprès du service de prestation d’aide (aux usagers de drogues). Chez Le Prisme et Step by Step, une telle attestation n’était pas indispensable pour l’orientation ; il suffisait que le bénéficiaire dispose de l’information nécessaire au sujet de l’orientation et qu’il soit signalé auprès d’un service de prestation d’aide.

La majorité du nombre total de bénéficiaires fut orientée vers des centres offrant des services ambulatoires spécialisés d’aide (aux usagers de drogues). Une partie considérable des personnes en Flandres et en Wallonie fut également orientée vers des services de santé mentale (SSM, tant en ambulatoire qu’en résidentiel). Les services de prestation d’aide résidentiels formaient la troisième plus grande catégorie d’orientation.

Les WP 3 et 4 ont mis en évidence différents facteurs qui facilitaient ou rendaient plus difficile l’orientation vers des prestations d’aide (aux usagers de drogues). Ainsi, la vaste expertise et les liens qu’entretenaient les collaborateurs des points de contact avec le secteur des prestations d’aide (aux usagers de drogues) favorisaient l’accès à celles-ci. Tous les acteurs interrogés s’accordaient à dire qu’il s’agissait-là d’un facteur important de réintégration. Le fait que les collaborateurs étaient familiers avec services de prestation d’aide (aux usagers de drogues) contribua également à une orientation aisée étant donné qu’une relation de confiance était déjà établie.

Le délai d'attente pour un premier entretien avec un collaborateur du point de contact compliquait en revanche la fluidité de l'orientation. En outre, l'unanimité sur la fonction, le contenu de la mission et le mandat des points de contact semblait être très important pour assurer une communication efficace entre les acteurs concernés. Il ressort des contacts avec le service central psychosocial que Step by Step était confronté à ce sujet à un défi supplémentaire. En Wallonie, il n'y avait effectivement pas d'accords systématiques concernant l'exécution des tâches avec les services externes qui venaient en prison. Par ailleurs, plusieurs acteurs des trois points de contact relevaient qu'il y avait chez quelques prestataires d'aide une résistance et des préjugés quant à l'accompagnement ou le traitement de personnes détenues avec une problématique de consommation de drogues (WP3). En outre, la disponibilité de certains types de services de prestation d'aide constituait une difficulté supplémentaire à la mise en place de l'aide la plus adéquate pour le bénéficiaire.

### **3.4. Le signalement comme quatrième objectif (WP2, WP4)**

Par l'élaboration de trois formulaires d'enregistrement standardisé, il est apparu que les points de contact avaient une importante plus-value en termes de signalement (WP4). L'enregistrement systématique mené dans le WP4 a permis de comparer les PCOA, lequel a mis en évidence des obstacles et d'éventuels critères d'exclusion au niveau de l'orientation vers les prestations d'aide (aux usagers de drogues). Cette étude pointait des difficultés dans l'orientation des usagers de drogues dues à la disponibilité limitée des services de prestations d'aide, à la différence au niveau des attentes des acteurs impliqués quant à la forme de prise en charge la plus appropriée ainsi qu'au niveau de la volonté des prestataires de soins à accompagner ou traiter les personnes avec un parcours judiciaire. La complication de l'orientation fut aussi observée pour les personnes présentant des problèmes psychiatriques. Ce constat corrobore une recherche antérieure auprès de personnes présentant un double diagnostic (voir par exemple Vandeveld et al., 2015).

Le formulaire d'enregistrement uniforme d'inscription, développé pour les trois points de contacts (WP4), était globalement considéré par les collaborateurs des points de contacts comme étant pratique, clair, logiquement structuré et facile à utiliser. Le formulaire fut optimisé grâce au retour des acteurs interrogés en prévoyant des questions ouvertes optionnelles et plus d'espace pour renseigner de l'information complémentaire. Le formulaire fut par ailleurs adapté aux '*Treatment Demand Indicators*' (TDI) en rajoutant de nouvelles questions (voir annexe 1 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Néerlandais' et annexe 2 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Français').

L'uniformité a également permis de mettre en exergue quelques différences essentielles dans le profil des bénéficiaires comparativement aux chiffres issus des bases de données existantes présentés dans le premier WP. Cela accentue l'importance d'un enregistrement uniforme. Les bénéficiaires semblaient par ailleurs éprouver des difficultés dans d'autres domaines de leur vie: la santé physique et mentale, le travail, les relations familiales et sociales, l'endettement et la justice. Cette problématique complexe souligne l'importance de soins et d'un soutien orientés vers plusieurs domaines de la vie, et ce aussi après la détention. Un autre constat important était qu'un tiers des bénéficiaires n'avait pas reçu auparavant de traitement ou d'accompagnement relatif à un problème de consommation. Ce constat indique que les points de contact ont réussi à atteindre un groupe important de personnes qui n'avaient jusque-là pas été touché par une prestation d'aide (aux usagers de drogues).

En plus de l'élaboration d'un formulaire d'enregistrement standardisé d'inscription, un enregistrement de suivi fut réalisé. Les bénéficiaires étaient suivis par rapport à leur orientation et leur participation au traitement ainsi que par rapport à d'autres indicateurs pertinents (par exemple, l'implication dans le traitement et des variables relatifs à la santé et au fonctionnement psychosocial) (WP4). Ces données ne furent complétées que pour un nombre limité de bénéficiaires<sup>1</sup>. D'après les enquêtes téléphoniques, réalisées 6 mois après un premier contact avec un collaborateur d'un point de contact, il semblait également difficile d'assurer un enregistrement et un suivi systématiques. Tout en demeurant prudent, il peut être soutenu à partir des enquêtes téléphoniques que les bénéficiaires étaient très satisfaits du fonctionnement des points de contact. Cette grande satisfaction paraissait due à: la fluidité du processus d'orientation, la rapidité et la clarté des réponses aux questions, la prise en compte de leurs choix et la motivation ainsi que le soutien que les collaborateurs offrent dans l'accomplissement de leur travail.

L'importance de la fonction de signalement des points de contact apparaît également dans le WP 2. Les chiffres relatifs à la récidive analysés dans ce WP semblaient correspondre aux résultats de recherche issus de la littérature internationale (Robert, Mine & Maes, 2015; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005; Stevens et al., 2003; Langan & Levin, 2002). La prévalence de récidive observée pour les (anciens) usagers de drogues incarcérés (n= 2758) est la suivante: 75,7% sont concernés par au moins une nouvelle affaire pénale signalée au parquet (indépendamment des faits commis et des orientations données à l'affaire) endéans au maximum les 4 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison; 39,7% font l'objet d'au moins un nouveau bulletin de condamnation (indépendamment des faits commis et des peines ou mesures prononcées ultérieurement) endéans la même période ; et 40,4% retournent en prison (indépendamment des motifs de retour en prison: non-respect de conditions, nouveaux faits commis) endéans au maximum les 3 ans et 9 mois qui suivent leur sortie de prison (que ce soit sous surveillance électronique ou l'une des différentes formes spécifiques de 'libération'). Les (trois) premiers mois qui suivent la sortie de prison se caractérisent par une intensité de la récidive (en termes de nouvelle affaire pénale signalée et de retour en prison) particulièrement élevée. Ces résultats soulignent à nouveau l'importance d'un accompagnement adéquat pendant les trois premiers mois qui suivent la sortie de prison. Ainsi, environ 30% des personnes récidivistes sont retournées en prison endéans les trois mois.

Par ailleurs, les analyses (bivariées) ont montré qu'il y avait une différence statistiquement significative au niveau de l'indicateur de récidive 'retour en prison' entre le groupe de détenus qui fut rencontré par le point de contact et celui des personnes qui se sont inscrites auprès de celui-ci mais qui n'ont pas été vues; la proportion de personnes récidivistes comme l'intensité de la récidive étant plus importantes pour le groupe des 'vus' que celui des 'non-vus'. Cette différence n'est pas observée pour les deux autres indicateurs (nouvelles affaires pénales et nouveau bulletin de condamnation). Cette proportion plus élevée de personnes qui retournent en prison comme l'intensité plus importante peut être expliquée par la présence d'antécédents pénitentiaires au sens où la différence entre 'vus' et 'non-vus' s'estompe lorsque cette unique variable est intégrée au modèle statistique.

---

<sup>1</sup> Différentes explications sont avancées: le laps de temps limité endéans lequel les formulaires devaient être remplis; le mandat des collaborateurs des points de contact qui se terminait au moment de la réorientation et les conditions de travail difficiles compte tenu de la menace d'arrêt des activités des points de contact. Par ailleurs, quelques prestataires d'aide se retranchent derrière le secret professionnel pour ne pas communiquer des informations liées au traitement.

Les analyses ultérieures tendent à confirmer cette hypothèse puisqu'elles ont permis de mettre en évidence que les antécédents pénitentiaires et l'âge ont un impact significatif sur la récidive, quel que soit l'indicateur. Cela concorde avec les résultats de la recherche sur la CTT (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). Les bénéficiaires de la CTT présentaient en effet plus d'antécédents, une carrière criminelle plus longue, une plus longue durée de détention et plus de consommation d'héroïne que le groupe de probationnaires (et dans une moindre mesure que le groupe de droit commun classique). Ces caractéristiques correspondent généralement à un profil où le risque de récidive est plus élevé (Noppe et al., 2011; De Ruyver et al., 2007). La recherche De Ruyver et al. (2007) indique en effet qu'être un homme, âgé de moins de 25 ans, usager d'héroïne avec une consommation plus fréquente que mensuelle et un passé judiciaire sont d'importants prédictors de récidive chez les usagers de drogue étudiés.

De plus, les résultats du WP2 indiquent que le type de sortie de prison et la situation légale au moment de l'ouverture du dossier ont aussi un impact significatif sur la récidive (en termes de retour en prison). Les personnes qui sortent sous surveillance électronique ou avec des conditions à respecter ont plus de chance de retourner en prison que celles qui sont libérées sans condition et les personnes dont la situation légale relève de la catégorie 'Autres' (laquelle inclut un grand nombre d'internés, voir Chapitre 3, Figure 3) ont de même plus de chance de retourner en prison que les personnes condamnées définitivement.

A l'inverse, pour les deux autres indicateurs (nouvelle affaire pénale signalée au parquet et nouveau bulletin de condamnation), il apparaît que les personnes qui sortent avec des conditions à respecter ont moins de chance d'être concernées par une nouvelle affaire pénale ou d'avoir un nouveau bulletin de condamnation que celles qui sortent sans condition. Cette observation tend à corroborer l'hypothèse selon laquelle les personnes qui sortent de prison avec des conditions à respecter ont plus de chance d'y retourner pour des bris de conditions que pour de nouveaux faits<sup>2</sup>. Les résultats montrent aussi que, contrairement à ce qui est observé pour l'indicateur 'retour en prison', les personnes condamnées définitivement au moment de leur sortie de prison ont plus de chance d'obtenir une nouvelle affaire pénale ou un nouveau bulletin de condamnation que les autres.

Une limitation de ces analyses résidait dans l'absence d'informations disponibles sur celles ou ceux qui ont fait l'objet après leur sortie de prison d'une prise en charge effective. Il n'était donc pas possible de comparer le groupe pour lequel l'orientation fut un succès et celui pour lequel ce n'était pas le cas.

Il convient en outre d'indiquer que la diminution de la récidive n'était pas un objectif des collaborateurs des PCOA. Leurs interventions pourraient, au mieux, indirectement contribuer à la diminution de la récidive mais les chiffres de récidive ne peuvent être un critère pour évaluer l'efficacité des interventions des points de contact. En outre, bon nombre de facteurs qui échappent aux collaborateurs ont un impact sur le risque de récidive, tels que le fait de travailler, de recevoir de l'aide d'un réseau social, de disposer d'un logement et l'état de santé mentale du bénéficiaire (De Ruyver et al., 2007; Somers et al., 2014). Ces facteurs n'ont cependant pas pu être pris en compte dans le WP 2 étant donné que ces données n'étaient pas disponibles. Il est donc important d'interpréter les chiffres de récidive rapportés avec beaucoup de précaution.

Le temps investi par les collaborateurs dans la préparation et le traitement des dossiers des bénéficiaires ainsi que dans leurs autres activités fut objectivé à l'aide de formulaires d'enregistrement: le premier

---

<sup>2</sup> L'extraction de la base de données des établissements pénitentiaires (SIDIS-Greffe) ne permet malheureusement pas d'identifier le motif du retour en prison (nouveaux faits, bris de condition, mise en exécution d'un nouveau titre de détention, etc.).

centré sur le bénéficiaire et le second d'ordre plus général (WP4). Il ressort de cet enregistrement que les tâches ne se limitent pas aux activités liées au bénéficiaire, parmi lesquelles les entretiens (20%-32% du temps de travail) et les activités entourant le service aux bénéficiaires, telles que la concertation autour des bénéficiaires, l'administration, la préparation et le suivi des dossiers (38%-40% du temps de travail) (Figure 1). Une part importante du temps de travail était en effet consacrée à des activités qui dépassent le dossier en tant que tel, comme par exemple des formations et des journées d'étude, des réunions d'équipe, la préparation et la rédaction de rapports annuels et trimestriels (12%-51%) et d'autres tâches (9%-18%) qui sont liées au fait de travailler en milieu carcéral et qui ne concernent pas directement les bénéficiaires pris individuellement. Ainsi, 9%-18% du temps de travail devait être consacré aux déplacements vers la prison, aux check-in et out de la prison, à l'attente des bénéficiaires,...

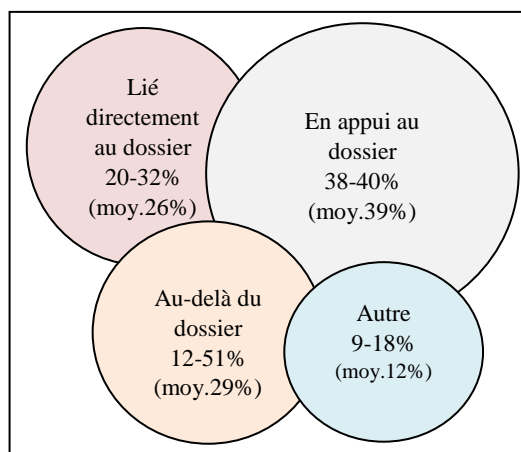


Figure 1: Aperçu des tâches des collaborateurs des points de contact<sup>3</sup>

### 3.5. La plus-value d'un point de contact spécialisé au sein de la prison est reconnue par tous les acteurs (WP1-WP5)

Le besoin et l'efficacité des Points centraux de Contact centraux ressortent clairement des différents WP (WP 1-WP5). Tous les acteurs interrogés, parmi lesquels ceux de la justice, de l'aide sociale, des services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) et les bénéficiaires (WP3), ont souligné la plus-value des points de contact en termes d'information, de motivation et d'orientation des détenus ayant des problèmes de consommation. Ainsi, les bénéficiaires faisaient part d'une grande satisfaction générale sur le fonctionnement des points de contact et indiquaient avoir le sentiment d'être entendus, soutenus et qu'une chance leur était donnée. Ils déclaraient également que le point de contact avait en premier lieu stimulé leur motivation à faire le pas vers un service de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Les prestataires d'aide mettaient en outre l'accent sur la bonne collaboration avec les collaborateurs des points de contact étant donné la fluidité de l'orientation. Les professionnels de la justice et de l'aide sociale mettaient en évidence la plus-value de l'attitude des collaborateurs des points de contact, qui valorisait les qualités et les forces des bénéficiaires et se montrait optimiste en la possibilité d'une orientation (WP3). Les éléments suivants ont été mentionnés par plusieurs acteurs:

- La compétence et l'expertise des collaborateurs, tant en ce qui concerne la problématique de drogues qu'en ce qui concerne l'offre de services de prestations d'aide (aux usagers de drogues)
- Le secret professionnel et l'indépendance des collaborateurs

<sup>3</sup> Les moyennes doivent être interprétées avec prudence en raison des valeurs manquantes (cf. rapport 2.3.3.) et du fait que les moyennes n'ont pas été adaptées proportionnellement au nombre de collaborateurs des points de contact interrogés.

- L'attitude des collaborateurs, orientée vers le bénéficiaire, motivante et dénuée de préjugé
- L'approche accessible et non-intrusive des collaborateurs
- La collaboration étroite, honnête et de confiance avec les services de prestations d'aide (aux usagers de drogues)
- Une vision partagée et une ouverture à la concertation avec les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues).

Le long délai d'attente jusqu'au premier entretien avec un collaborateur fut mentionné par certains bénéficiaires comme un domaine susceptible d'être amélioré (WP3). Ainsi, les personnes qui s'étaient inscrites n'ont pas toutes bénéficié d'un premier entretien avec les collaborateurs des points de contact. Le fait que le bénéficiaire ait déjà été libéré était la principale raison de l'absence d'un premier entretien dans les trois points de contact. La difficulté d'accès aux personnes sans nationalité belge pouvait également être considérée comme un aspect à travailler. Pour pouvoir mieux toucher les détenus allophones, il s'avère en effet qu'ils doivent pouvoir disposer de l'information relative à l'offre disponible dans une langue qu'ils comprennent (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### **3.6. Les conditions secondaires essentielles pour un fonctionnement optimal des points de contact (WP2-WP5)**

Il résulte des différents WP qu'un certain nombre de conditions secondaires sont essentielles pour améliorer la motivation des bénéficiaires à l'accompagnement ou au traitement et pour assurer une orientation fluide vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Selon les acteurs interrogés, les conditions pour garantir et consolider davantage un fonctionnement de qualité sont les suivantes:

- Du personnel et des moyens de fonctionnement suffisants
- L'unanimité autour de la fonction, du contenu de la mission et du mandat des points de contact
- L'information systématique de l'existence et du fonctionnement des points de contact à tous les nouveaux détenus et acteurs concernés au sein et à l'extérieur de la prison
- Un accès facile aux détenus dans la prison
- La mise à disposition d'un téléphone et/ou d'un ordinateur pendant les temps d'attente et/ou dans les parloirs en prison
- Une plus grande volonté et disponibilité des services externes de prestation d'aide (aux usagers de drogues) pour accompagner ou traiter des anciens détenus
- Le développement des possibilités d'accompagnement et de traitement pour des groupes-cibles spécifiques (les femmes, les personnes en séjour illégal en Belgique, les bénéficiaires sous surveillance électronique, les personnes allophones, les personnes avec une nationalité autre que belge) et pour les personnes avec des difficultés complémentaires (problématique d'alcool, limitation intellectuelle, syndromes psychiatriques).

### **3.7. Recherche sur les pratiques et le maintien des PCOA pour les usagers de drogue incarcérés**

Il ressort d'une enquête menée par les 'beleidscoördinatoren' (coordinateurs politiques) de l'Administration flamande (2016) auprès des services JWW du Centra Algemeen Welzijnswerk, du Service Psychosocial, des services de santé mentale (CGG) et des dispositifs de prestations d'aide aux

usagers de drogues quant à l'impact sur le terrain de la cessation des activités du CAP qu'il subsiste un grand nombre de zones d'ombre. Cette enquête a uniquement été réalisée en Flandre. Aucune conclusion ne peut donc être tirée par rapport à l'impact de l'arrêt des activités des points de contact en Wallonie et à Bruxelles.

Les acteurs interrogés indiquent qu'il n'y a désormais plus de lignes directrices ou d'accords clairs sur les procédures d'inscription et d'orientation ainsi qu'aux responsabilités qui leur sont inhérentes. Quelques tâches précédemment accomplies par le CAP sont actuellement assurées par le Service Psychosocial, le CGG ou les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), raison pour laquelle ces services subissent une charge de travail plus élevée. L'accomplissement de ces tâches ne concerne cependant que les personnes condamnées. Elles ne sont pas assurées pour les personnes inculpées, de sorte qu'il en résulte un grand manque pour ce groupe. Les prestataires d'aide et les détenus ne peuvent plus compter sur la vaste expertise et les liens qu'entretenaient les collaborateurs des points de contact avec le secteur de la prestation d'aide (aux usagers de drogues). Selon les acteurs interrogés, cela retarde le processus d'une orientation ciblée et adéquate et entraîne plus de refus de prise en charge par les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Le manque d'indépendance et de positionnement extérieur, atouts majeurs des points de contact, est également pointé du doigt dans le fonctionnement actuel.

#### **4. Recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques**

Les constats présentés ci-dessus montrent incontestablement la valeur et l'importance des points de contact au regard des trois objectifs énoncés précédemment ((1) l'information concernant l'accompagnement ou le traitement disponibles; (2) le renforcement de la motivation et de la disposition à l'accompagnement ou au traitement; ainsi que (3) la prise de contact et l'orientation vers les services d'accompagnement ou de traitement des problèmes en lien avec les drogues) pour lesquels ils avaient été créés. La continuation, et idéalement le développement, des points de contact sont ainsi recommandés. La recherche a mis en avant deux aspects qui semblent primordiaux dans la réussite du fonctionnement des points de contact: le secret professionnel et la vaste expertise spécifique aux prestations d'aide (aux usagers de drogues). Eu égard à la complexité de la situation des usagers de drogues en prison, un service de prestation d'aide, indépendant et autonome, doté d'une expertise axée spécifiquement sur les drogues est essentiel.

Des recommandations concrètes sur la base des résultats de la recherche et de la littérature (inter)nationale sont formulées dans cette partie. Ces recommandations sont d'abord contextualisées dans le cadre plus large de la législation et des tendances politiques. Des recommandations concrètes sont ensuite explicitées à différents niveaux: la visibilité, le fonctionnement, la collaboration et le réseautage, et la politique. Au niveau du fonctionnement, une subdivision complémentaire est opérée d'après les objectifs principaux des points de contact. En raison de l'importance éprouvée de la continuité des soins, un objectif supplémentaire est décrit: le casemanagement. Enfin, des recommandations politiques spécifiques sont énoncées à propos d'un dispositif de soins intégré ('integrated care provision') ainsi que de l'aftercare et du suivi (Figure 2).



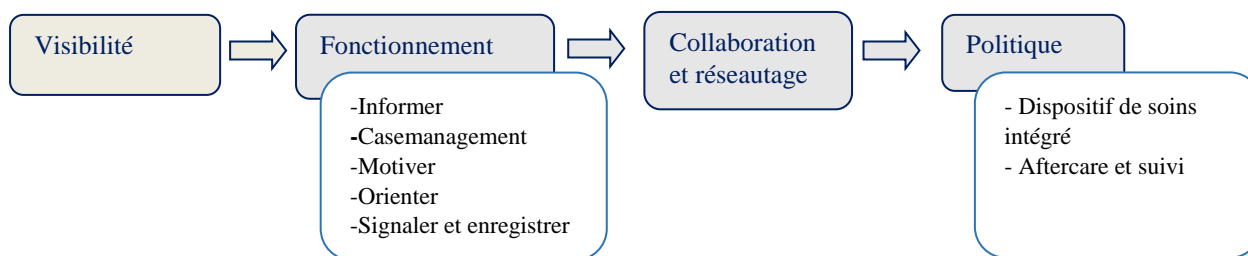


Figure 2: Aperçu des recommandations à l'attention du terrain et des décideurs politiques

#### 4.1. Le cadre législatif et les tendances politiques actuelles

##### *La Loi de principes*

Il n'existe actuellement pas d'offre cohérente ni de qualité de prestations d'aide aux usagers de drogues incarcérés dans les prisons belges, comme cela a été relayé et critiqué à de multiples reprises dans la littérature (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). La nécessité d'une meilleure organisation des prestations d'aide (aux usagers de drogues) en prison fut également reconnue dans la note politique des affaires sociales et des soins de santé du ministre fédéral de la Santé publique (Chambre belge des représentants, 2015).<sup>4</sup>

La Loi de principes prévoit explicitement le droit aux soins de santé en détention et le principe d'équivalence entre les soins de santé dans la communauté et ceux en milieu carcéral. Ces soins doivent être adaptés aux besoins du détenu (Art. 88 de la Loi de principes). A ce jour, les interventions dans les prisons au sein des Etats membres de l'UE ne respectent pas le principe d'équivalence décrit dans les recommandations internationales de l'Assemblée Générale des Nations Unies, de l'ONUSIDA/OMS et de l'ONUDC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). Le plan de détention individuel (Art. 35-40 de la Loi de principes) peut jouer ici un rôle significatif dans l'accomplissement d'un parcours de détention sensé. Cependant, avec l'arrêt récent des activités du CAP, du service Le Prisme et de Step by Step, la non-équivalence des soins aux détenus présentant une problématique en lien avec les drogues ne fait en pratique qu'augmenter. La mise en application de ces dispositions pour les détenus avec une problématique de drogues est ainsi fortement revendiquée (Snacken, 2015).<sup>5</sup>

##### *Communautarisation*

Suite à la sixième réforme de l'Etat du 11 octobre 2011, un certain nombre de compétences liées aux prestations d'aide (aux usagers de drogues) ont été transférées du fédéral vers les Communautés. L'accord institutionnel prévoit que les accords de revalidation pour personnes dépendantes et une partie des soins de santé mentale<sup>6</sup> tombent dans le champ de compétences des Communautés (Gouvernement fédéral, 2011).

<sup>4</sup> Cette note indique que les résultats d'une recherche commanditée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé à propos (du financement) des soins de santé pénitentiaires sont attendus (prévus pour fin 2016) et qu'entretemps, le Ministère de la Santé publique ne prend aucune initiative (Chambre belge des représentants, 2015: 56).

<sup>5</sup> La seule exception étant l'art. 98 de l'Arrêté Royal du 12 décembre 2005 fixant la date d'entrée en vigueur de l'article 98 de la Loi de principes du 12 janvier 2005 concernant l'administration des établissements pénitenciers de la santé M.B. 29 décembre 2005.

<sup>6</sup> Soit les plateformes de concertation soins de santé mentale, les établissements psychiatriques et les ateliers protégés.

Le SPF Justice finançait depuis 2011 le fonctionnement des points de contact. A la communautarisation des prestations d'aide (aux usagers de drogues), les Points centraux de Contact pour usagers de drogues n'ont cependant pas été transférés vers les Communautés. Le Service public fédéral Justice déclara ne plus pouvoir supporter plus longtemps le financement et un avis négatif de l'inspecteur des finances relatif à la poursuite du financement des points de contact mena à l'arrêt de leurs activités. Dès lors, le CAP fut dissout le 1<sup>er</sup> mai 2016, suivi par Step by Step et Le Prisme en septembre 2016.

De nombreuses concertations entre la Justice, la Santé Publique et les Communautés resteront nécessaires pour le redémarrage des points de contact. Des accords clairs devront être conclus en termes de responsabilité et du financement qui s'en accompagne.

Les projets qui semblent efficaces au termes d'évaluations scientifiques approfondies devront être financés structurellement et ceux qui ne fonctionnent pas devront être abandonnés (Vander Laenen, 2016). Ainsi, Jo Vandeuren, ministre flamand du Bien-Etre, de la Santé publique et de la Famille (Welzijn, Volksgezondheid en Gezin), déclara le 4 octobre 2016 que le financement du CAP sera intégré à partir de 2017 au sein des compétences flamandes pour les prestations d'aide et de services aux détenus. Fin novembre 2016, le financement ultérieur des services Le Prisme et Step By Step n'était pas encore clair.

### *Continuité*

Au niveau de la stratégie européenne antidrogues (2013-2020), la résolution UNGASS (2016) et les recommandations de l'OMS (2014) font explicitement état de la nécessité de porter une attention particulière au renforcement et au développement de soins continus et de qualité pour les usagers de drogues incarcérés afin d'atteindre un niveau de soins équivalent à ce qui est proposé dans la communauté. L'engagement par prison d'un collaborateur permanent du point de contact peut y contribuer. Par ailleurs, la continuité des soins renforce la relation de confiance, tant entre le collaborateur et le bénéficiaire qu'entre le collaborateur et les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). En outre, une plus grande disponibilité des collaborateurs favoriserait également la continuité des soins. Le fait que le bénéficiaire ait déjà été libéré avant la tenue du premier entretien constituait en effet la raison principale pour laquelle ils ne pouvaient être rencontrés. Cela signifie qu'à l'avenir des efforts devront être déployés pour amener les bénéficiaires plus rapidement vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues). Avec une capacité humaine plus importante, plus de bénéficiaires pourraient être rencontrés et les personnes avec des besoins complexes pourraient être suivies de façon plus intensive. Il importe qu'il y ait également suffisamment d'espace et de temps pour la concertation avec les différents partenaires. L'élargissement du mandat des collaborateurs des points de contact, par l'instauration du casemanagement, permettrait de suivre et d'évaluer les trajectoires au-delà de la détention.

## **4.2. Recommandations au niveau de la visibilité**

Une description clairement circonscrite et transparente de la mission des points de contact ainsi que l'organisation systématique de séances d'information ou d'introduction pour tous les acteurs concernés peuvent améliorer la visibilité des points de contact. Une attention particulière doit à ce sujet être portée au contexte carcéral. Des folders, vidéo et des notes de service sur les procédures de fonctionnement et sur la collaboration avec les autres services peuvent être développés à cet effet. Ceux-ci se doivent d'être courts, clairs et conçus en tenant compte de détenus allophones (MacDonald et al., 2012). Cette visibilité doit se faire tant au sein de la prison (par exemple auprès du service médical, des agents

pénitentiaires,...) qu'en dehors des murs de la prison (par exemple auprès des avocats, des juges). Ainsi, il convient que d'autres services que ceux des prestations d'aide (aux usagers de drogues) soient également familiers avec le fonctionnement des points de contact, comme le VDAB, Actiris, le FOREM et le CPAS.

#### **4.3. Recommandations au niveau du fonctionnement propre**

##### *Informer*

Afin de pouvoir donner et transmettre une information de façon constructive, une bonne collaboration entre les différents services s'avère nécessaire, tant entre les services au sein de la prison qu'entre les services dans et à l'extérieur de la prison. L'efficacité des échanges de données en dépend étroitement. Suffisamment de temps doit être consacré à la communication entre les services et à la clarté de la répartition des tâches, des attentes et des responsabilités (MacDonald et al., 2012).

Les collaborateurs des points de contact et les prestataires d'aide externes peuvent échanger des informations sous le couvert du secret professionnel partagé si cette information est nécessaire pour la qualité ou la continuité de la prestation d'aide, si le bénéficiaire a été bien informé de la finalité et du contenu de l'échange et s'il a donné son accord à cet effet (Vander Laenen & Stas, 2015). Les acteurs judiciaires ne sont cependant pas tenus de la même manière par le secret professionnel de sorte qu'il n'est pas question de secret professionnel partagé avec les prestataires d'aide (Van der Straete & Put, 2005). Cela n'empêche pas une bonne collaboration, pour autant qu'il y ait des accords clairs quant au transfert d'informations dans respectant du secret professionnel des prestataires d'aide (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander Laenen & De Ruyver, 2010)<sup>7</sup>. Ainsi, il est nécessaire que l'acteur de la Justice définisse clairement son rôle auprès du bénéficiaire et que les choses soient claires tant au niveau du bénéficiaire qu'au niveau des aspects qui outrepassent celui-ci (Vander Laenen, 2013). En outre, la création d'une base de données commune ou d'une procédure de communication horizontale entre les collaborateurs des points de contact et les prestataires de soins augmenterait la qualité et l'efficacité de la collaboration. L'accès à cette base de données doit cependant se faire en adéquation avec le secret professionnel. Ainsi tant les collaborateurs des points de contact que les prestataires d'aide (aux usagers de drogues) peuvent faire l'économie d'un double travail d'enregistrement et d'identification des données relatives au client et celles qui l'outrepassent

##### *Examen, évaluation et casemanagement*

A l'arrivée en prison, un examen général par le service médical nous semble approprié afin de détecter de manière précoce les problèmes d'abus de substances. Celui-ci doit être réalisé à l'égard des différents domaines de vie: la santé physique, le travail/la formation/les revenus, l'usage de substances, la justice/la police, les relations familiales et sociales et la santé psycho-émotionnelle. Le 'Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)' (Winters & Zenilman, 1994) et le 'Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)' (Steadman & Veysey, 1997) sont deux outils d'examen courts et valides contenant respectivement quatre et huit questions pouvant être mobilisées à cet effet<sup>8</sup>. Lorsqu'un problème de

<sup>7</sup> Cela vaut tant pour la concertation avec le Service Psychosocial pendant la période de détention que pour la concertation avec l'assistant de justice du bénéficiaire en charge de son suivi après sa libération de prison, lequel assure le lien entre la prestation d'aide et la Justice.

<sup>8</sup> Ces outils font partie d'une procédure d'examen et d'évaluation plus large qui a été développée dans une précédente recherche BELSPO "Usage de drogue et psychopathologie dans les milieux correctionnels". (<https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=fr&COD=DR%2F26>) (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

consommation de drogues apparaît à l'occasion de cet examen, il est indiqué de procéder à une évaluation complémentaire et plus détaillée (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

Parmi d'autres objectifs, le case management sert à assurer la continuité des soins (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). Le case manager joue un rôle de motivation, de coordination et d'assistance et offre de façon systématique et coordonnée un large éventail de services taillés sur mesure aux besoins du bénéficiaire (Hall, Carswell, Walsh, Huber, & Jampoler, 2002). Le case management devient de plus en plus commun dans le traitement d'abus de consommation de produits. En Belgique, c'est principalement utilisés auprès des usagers de drogue avec des problèmes multiples et complexes ainsi que pour soutenir des transitions au niveau du soin porté à la personnes ('care') (Vanderplasschen et al., 2011)

Si le détenu avait déjà un casemanager avant sa détention, ce casemanager externe peut continuer à suivre le bénéficiaire avec l'autorisation de celui-ci. Si le détenu n'avait pas encore eu de contact avec les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) ou qu'il n'a pas de casemanager, un casemanagement peut être mis en place selon la complexité de la problématique et la demande d'aide de l'intéressé. La fonction de casemanager est ensuite assumée par un collaborateur du point de contact avec l'autorisation du détenu. A la sortie de prison, le suivi se poursuit si le détenu est d'accord. Le rôle des points de contact est ainsi étendu, ce qui nécessite plus de moyens. Lorsque le détenu souhaite avoir un casemanager à sa libération et que la complexité de la problématique s'y prête, il peut encore formuler cette demande à un collaborateur du point de contact (Figure 3). Le secret professionnel du casemanager garantit pleinement la relation de confiance avec le bénéficiaire, autrement que lors d'un accompagnement et d'un suivi par un assistant de justice.

L'intervention de casemanagers, qui suivent et accompagnent également les détenus après la détention, est très ambitieuse en termes de charge de travail et de moyens. Cette forme de soutien ambitieuse est pourtant fortement indiquée, étant donné la complexité des facteurs qui rendent difficile les prestations d'aide de qualité aux détenus pendant et après la détention. Considérant que le risque de récidive est le plus élevé endéans les trois mois qui suivent la libération, le casemanagement joue surtout un rôle très important pendant cette période. La littérature décrit différents types de casemanagement efficaces qui varient en intensité et en durée (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

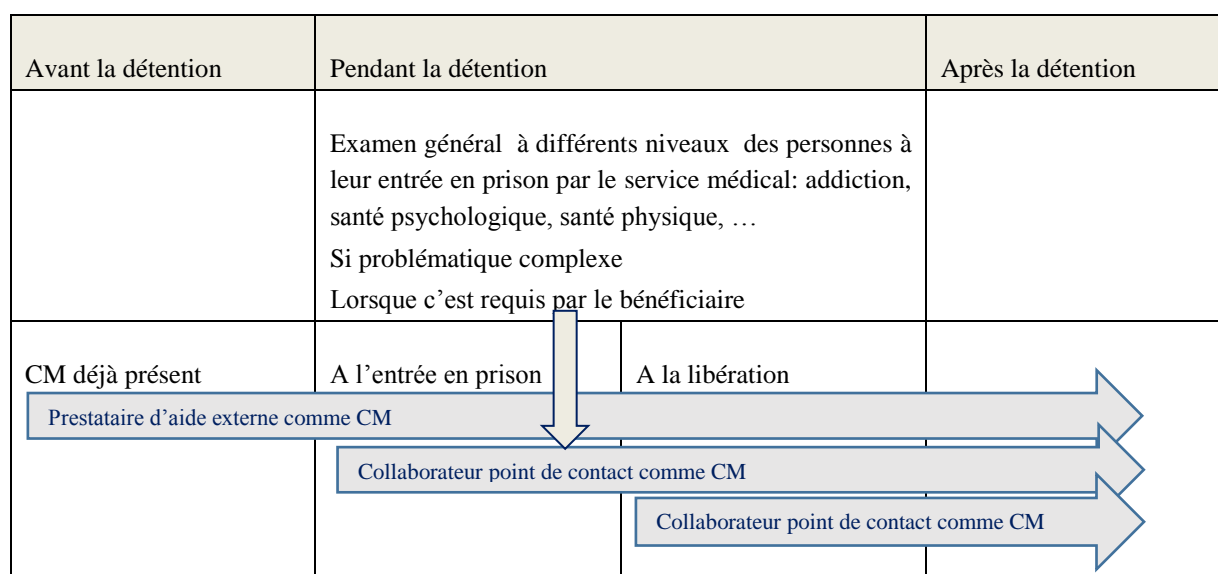


Figure 3: Aperçu schématique de la façon dont l'examen, l'évaluation et le casemanagement pourraient être organisés à l'avenir par les points de contact

## *Motivation*

L'adaptation et/ou la réorganisation du temps investi en raison du fait de travailler en milieu carcéral peut être un premier pas vers l'aménagement d'un fonctionnement plus efficace. Le délai d'attente entre l'inscription et le premier entretien avec un collaborateur du point de contact peut ainsi être réduit. Ce délai d'attente constitue en effet un facteur qui entrave la motivation. En outre, les collaborateurs doivent continuer à disposer de suffisamment de temps et d'espace pour offrir un soutien émotionnel aux bénéficiaires afin de maintenir et de renforcer leur motivation.

Une formation spécifique des nouveaux collaborateurs à l'entretien motivationnel, à la connaissance de la comorbidité comme à l'offre et au fonctionnement des services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) est essentielle pour augmenter la motivation des bénéficiaires. Ainsi, les collaborateurs doivent connaître les obstacles auxquels les détenus font face dans leur réinsertion (MacDonald et al., 2012). Une attention particulière doit être portée aux groupes cibles spécifiques, dont les femmes, les personnes avec une problématique d'alcool, une limitation intellectuelle, un double diagnostic, une situation de séjour illégal, des symptômes psychiatriques ainsi que les bénéficiaires sous surveillance électronique et les bénéficiaires allophones. Un soutien global qui va au-delà des problèmes de toxicomanie et qui tient compte des forces et des barrières dans différents domaines de vie est nécessaire (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). La mise en œuvre d'une offre systémique suppose dès lors également que le fonctionnement des points de contact soit ancré dans un ensemble plus vaste de liens de collaboration avec, par exemple pour le contexte flamand, le JWW et le GZZ (cf. *infra*).

L'implication des familles et du réseau élargi du bénéficiaire permet également d'améliorer potentiellement la motivation. Il ressort ainsi d'une recherche internationale que le soutien des membres de la famille joue un rôle crucial dans la réussite de la réinsertion (MacDonald et al., 2012). La famille semble également être une motivation importante pour participer au programme 'DRUGS de baas?!' (WP5). Selon les participants au programme, il est également indiqué d'impliquer aux sessions des pairs dotés d'une expertise provenant de leur propre expérience. Ceux-ci peuvent servir d'exemple et stimuler la motivation des participants en vue d'un accompagnement ou d'un traitement (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

De même, une interférence limitée avec les activités propres au contexte carcéral, comme la promenade, le travail, les heures de visite, peut augmenter la disposition à participer au programme. Les mêmes obstacles ont été avancés dans une étude récente relative à la participation des détenus flamands pendant la détention à un programme de formation à l'emploi (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

### *Un programme collectif renforçant la motivation: 'DRUGS de baas?!' (WP5)*

Plusieurs constats mettent l'accent sur l'importance de la mise en œuvre et du développement d'un programme motivationnel de courte durée pour les détenus avec une problématique de drogues. Ainsi, il ressort du WP 5 que les participants étaient satisfaits du programme avec un score moyen de 7,7/10. L'expertise, l'absence de préjugés, le secret professionnel et la familiarité avec le contexte carcéral des accompagnateurs étaient considérés par ces derniers, les participants et le Service Psychosocial (SPS) comme les grandes forces du programme. Plusieurs participants appréciaient positivement qu'il y ait enfin une forme de prestation d'aide en prison orientée vers les personnes avec une problématique de drogue. Ils trouvaient le programme important car il pouvait constituer un premier contact avec la prestation d'aide et ils le vivaient comme une forme de pré-thérapie. Il convient donc que ce programme soit poursuivi, et de préférence étendu, en complément au fonctionnement des points de contact.

Afin d'étendre la base et la visibilité du programme, il est indiqué de mettre en place un examen précoce des détenus. Une seule présentation du programme est par ailleurs insuffisante. Les accompagnateurs du programme devraient être familiarisés avec le contexte carcéral. Le personnel pénitentiaire devrait quant à lui prendre également connaissance du programme. La visibilité des points de contact peut également être améliorée en y consacrant une séance d'information. La participation au programme motivationnel de courte durée doit par ailleurs se faire en complément au travail mené avec le point de contact. Les bénéficiaires des points de contact peuvent se joindre au programme, mais ce n'est pas un prérequis. Une attention suffisante doit être portée à l'abus d'alcool au vu du nombre de détenus ayant un problème avec l'alcool (cf. *supra*) et de la relation établie par la recherche scientifique entre l'alcool et l'agressivité (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

Si le programme est mis en œuvre dans une ou plusieurs prisons francophones, le temps nécessaire doit être prévu pour traduire et adapter le matériel. En outre, il est indiqué d'organiser des supervisions, des interventions et des formations de plusieurs jours pour les accompagnateurs, axées sur les besoins en milieu carcéral. Une économie financière considérable peut être réalisée si le programme est systématiquement intégré dans l'offre plus large des prestations d'aide et de services au sein de la prison. Cette implémentation nécessite une concertation, une perspective à long terme et la présence de suffisamment de personnel pénitentiaire.

Tous les acteurs concernés s'accordent à dire qu'un certain suivi en détention après le programme est nécessaire afin de préserver la connaissance acquise, le niveau de changement atteint et la motivation. Un tel suivi doit se concentrer sur: la précision des possibilités d'accompagnement et de traitement; la concrétisation et l'accompagnement du passage vers les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues) ; la prévention des situations à risque et la limitation des risques; le maintien et le renforcement de la motivation. Les accompagnateurs du programme se trouvent dans la position adéquate pour assurer ce suivi étant donné qu'ils connaissent les participants comme ce qui les motive et qu'ils peuvent travailler davantage certains contenus du programme.

### *Orienter*

Une description des tâches soutenues par les collaborateurs des points de contact est une condition importante pour pouvoir parler d'une collaboration efficace et fluide. La différenciation des profils de bénéficiaire (WP1, WP4) souligne par ailleurs la nécessité d'une approche centrée sur lui. A cet effet, une évaluation individuelle et intégrée au travers d'une approche participative est essentielle. Il importe également que les outils d'évaluation soient standardisés et adaptés au contexte spécifique de la population carcérale. L'efficacité des points de contact peut ainsi être observée et évaluée.

Des critères d'exclusion liés au profil des bénéficiaires, établis par les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), compliquent l'orientation des bénéficiaires qui se présentent auprès des points de contact. La prise de conscience que les orientations laborieuses de cas complexes relèvent de la responsabilité partagée de tous les acteurs concernés est indispensable. Augmenter l'expertise des prestataires d'aide et des collaborateurs des points de contact sur des problématiques complémentaires, telles la limitation intellectuelle ou les symptômes psychiatriques, peut permettre une orientation plus ciblée. Outre les contacts avec les services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), il convient de développer une relation ancrée avec l'offre de services générale. A travers une offre de services intégrale de prestations d'aide il convient d'investir davantage dans l'élaboration de passerelles entre la prison et la communauté. Cette offre intégrale doit se faire dans tous les domaines importants de la vie, en portant

attention au bien-être général, au réseau social, aux loisirs et au travail. Une collaboration active avec entre autres les logements sociaux, les agences immobilières sociales et le CPAS (par exemple afin d'entamer déjà pendant la détention une procédure pour obtenir le revenu d'intégration social ou un accompagnement autour de la médiation de dettes) est fortement recommandée (Vander Laenen, 2015b).

### *Signaler et enregistrer*

La fonction de signalement doit être explicitement prévue comme une mission complémentaire des collaborateurs des points de contact si ces derniers devaient être maintenus à l'avenir. L'adaptation et/ou la réorganisation du temps investi en raison du fait de travailler en milieu carcéral peut contribuer à dégager plus de temps et d'espace pour atteindre ce quatrième objectif. Une simplification administrative ou la mise à disposition dans la prison d'un ordinateur avec accès au serveur peut permettre une procédure d'enregistrement plus efficace.

La Belgique s'est engagée à enregistrer au niveau national les indicateurs-clés du Protocole européen Treatment Demand Indicator (TDI), ce qui permet de dégager des priorités pour le traitement et la prévention. L'enregistrement des TDI du sein des points de contact constitue ainsi une source d'informations importante afin de dépeindre le nombre et le profil des nouveaux bénéficiaires des prestations d'aide (aux usagers de drogues) en vue d'offrir des soins idoines à leurs besoins. Les TDI qui n'étaient pas encore repris dans le formulaire d'enregistrement d'inscription proposé y furent ajoutés (Institut Scientifique de Santé Publique, 2016; Antoine, De Ridder, Plettinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). Le formulaire d'enregistrement adapté a été repris en annexe du rapport (voir annexe 1 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Néerlandais' et annexe 2 'Formulaire d'Enregistrement d'Inscription Adapté Français'). Les formulaires d'enregistrement nouvellement développés pourront être utilisés après la clôture de la recherche afin de rendre possible une gestion uniforme de l'enregistrement et une comparaison entre la Flandre, la Wallonie et Bruxelles.

Un enregistrement de suivi est recommandé afin de suivre et d'évaluer l'effet des trajectoires des bénéficiaires. Dans l'élaboration de ce formulaire d'enregistrement de suivi une attention particulière doit être portée aux difficultés propres à l'enregistrement en milieu carcéral, à la charge de travail des collaborateurs et au secret professionnel (partagé). Il importe que les collaborateurs des points de contact sollicitent le consentement éclairé du bénéficiaire pour s'enquérir auprès du service de prestation d'aide (aux usagers de drogues) de sa trajectoire après l'orientation.

Par conséquent, le processus d'orientation peut être suivi et évalué avec le consentement du bénéficiaire, en réponse à la continuité des soins. La recherche a montré qu'un suivi téléphonique peut prévenir la rechute et favoriser le rétablissement (Dennis, Scott & Laudet, 2014). Quand ce suivi est mise en œuvre systématiquement, il a le potentiel de révéler les obstacles et les pièges du traitement (de l'abus de substances). En outre, la continuité des soins peut être améliorée en s'attaquant à ces obstacles et pièges tant en ce qui concerne le bénéficiaire que sur le plan structurel (cf. fonction de signalement).

#### **4.4. Recommandations au niveau de la collaboration et du réseautage**

Une collaboration et un réseautage efficaces entre les services au sein de la prison et les services externes sont essentiels dans l'élaboration de trajectoires réussies (MacDonald et al., 2012). A l'intérieur de la prison, les réunions d'équipe avec les collaborateurs des points de contacts restent nécessaires pour se soutenir mutuellement. En Flandre, des concertations régulières avec des collaborateurs des SAD et des SSM intervenant en prison sont recommandées en vue de la mise au point d'un 'plan de prestation d'aide

et de services' (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). En outre, une concertation avec les membres du service psychosocial est également nécessaire pour l'élaboration du plan de détention.

En vue d'une collaboration et d'une orientation efficaces, il est également important que les collaborateurs des points de contact soient impliqués dans les réunions de concertation de réseaux extérieurs à la prison, tant au sein de la prestation d'aide spécifique aux usagers de drogues qu'au sein des services de santé mentale. Ainsi, les objectifs et le fonctionnement des points de contact peuvent être exposés de façon cohérente et les éventuels points de friction dans la collaboration mis en lumière. Une évaluation annuelle entre les collaborateurs des points de contact et les prestataires d'aide externes quant au déroulement des orientations et des trajectoires des bénéficiaires est indiquée. Ce moment d'évaluation consolide la professionnalisation des points de contact étant donné que les éléments qui contribuent à une orientation fluide pourront y être davantage développés. Le secret professionnel partagé est de rigueur si la concertation n'est pas rendue anonyme (cf. *supra*).

#### **4.5. Recommandations au niveau politique**

##### *Dispositif de soins intégré*

Afin de garantir aux détenus des soins de qualité, il est souhaitable d'à la fois intégrer le plus possible à la prison les prestations d'aide (aux usagers de drogues) de la communauté et d'organiser une offre spécifique au contexte carcéral (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Tout doit être mis en œuvre afin de proposer des prestations d'aide (aux usagers de drogue) dans chaque prison et d'élaborer une politique de drogue intégrée. Cela peut notamment être développé par la poursuite ou la relance des groupes de pilotage 'drogue' locaux (GPDL). Au sein de ces groupes, les collaborateurs des points de contact doivent jouer un rôle actif, tant dans l'élaboration d'une politique locale intégrée 'drogue' en détention que dans le signalement. L'offre de prestations d'aide et de services aux détenus doit être liée de manière optimale à celle offerte par les autres acteurs, tels que les SAD et les SSM (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014).

La communautarisation services de prestation d'aide (aux usagers de drogues), permet de remplacer le financement actuel axé sur la prestation par un financement désormais axé sur la personne (Gouvernement flamand, 2013; Vander Laenen, 2016), de telle sorte qu'il leur est possible d'intervenir en prison (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Un continuum d'interventions est indiqué afin de proposer à chaque détenu des soins sur mesure. Ces interventions intégrées et compréhensives devraient s'appuyer sur des interventions empiriquement fondées, parmi lesquelles des initiatives de réduction des risques, (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Un traitement de substitution à la méthadone devrait à minima être organisé ou étendu dans toutes les prisons. Actuellement, ce n'est pas le cas (Schiltz, Van Malderen & Vanderplasschen, 2015). La continuation d'un traitement de substitution à la méthadone en détention contribue en effet à une plus grande disposition au traitement après la libération, ce qui engendre une moindre probabilité d'overdose et de comportement à risque (Rich et al., 2015). Une politique de soins cohérente concernant la substitution s'impose donc, indépendamment des positions individuelles favorables ou défavorables des médecins. Il est possible de répondre à la réticence de certains médecins pénitentiaires à l'égard des traitements de substitution par une formation complémentaire (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).



La présence d'une problématique en lien avec les drogues semble augmenter le risque de mortalité après la libération, indépendamment des facteurs socio-démographiques, criminologiques ou familiaux (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Le suivi peut limiter ce risque, dans la mesure où cela exerce une influence positive sur la diminution du risque de récidive et de l'usage de drogues après la détention (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Ce suivi est particulièrement important durant les trois premiers qui suivent la détention étant donné que le risque de récidive y est le plus élevé (voir WP 2). Un relais entre la prison et la prestation d'aide (aux usagers de drogue) extra muros est très important pour garantir la continuité des soins et obtenir des effets à long terme (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Actuellement, ce relais est insuffisamment assuré dans le contexte carcéral belge et l'est encore moins depuis l'arrêt des points de contact en prison. Des exemples à l'étranger fortement centrés sur le soutien des pairs (*peer support*) ou l'expertise issue de l'expérience, pourraient pourtant être inspirants quant à l'organisation d'un suivi pour soutenir les détenus dans leur réinsertion et leur réhabilitation au sein de la société.

## Références

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uniwienn).
- Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.

- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soyeze, V., Vandeveld, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une etude exploratoire pour le developpement d'une methodologie. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). From the inside. Experiences of prison mental health care. *London: Centre for Mental Health*. 1-78.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie\\_in\\_cijfers](http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers)
- Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.
- Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe*. 1-207.

- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid: sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik*(146), 16-20.
- Langan, P. A. & Levin, D. J. (2002). Recidivism of prisoners released in 1994. *Federal Sentencing Reporter*, 15(1), 58-65.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedetineerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.

- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.
- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). *Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. London: Ministry of Justice.*
- Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., ... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet*, 386(9991), 350-359.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafregister. *Panopticon*, 36(3), 173-189.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society*, 17(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveld, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodieontwikkeling*. Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD)*.
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.

- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly, 13*, 1-24.
- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveldel, S., De Maeyer, J., De Ruyscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62-73
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, 1-34.
- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.

- Vanhex, M., Vandeveld, D., Stas, L. & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede*, 2012, 1-36.
- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via [http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag\\_2015.pdf](http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf)
- Vlaamse overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Vlaamse regering (2015). Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden: Strategisch plan 2015-2020. Brussel. (Ongepubliceerd document).
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).



# PROCESS AND OUTCOME STUDY ON PRISON-BASED REGISTRATIONPOINTS IN BELGIUM

## SUMMARY



STIJN VANDEVELDE, FREYA VANDERLAENEN,  
WOUTER VANDERPLASSCHEN & LANA DE CLERCQ



BENJAMIN MINE & ERIC MAES

IN COOPERATION WITH THE FEDERAL PUBLIC SERVICE OF HEALTH, FOOD CHAIN SAFETY AND ENVIRONMENT  
AND THE FEDERAL PUBLIC SERVICE OF JUSTICE





**Promoters**

Stijn Vandavelde, Freya Vander Laenen, Wouter Vanderplasschen,  
Benjamin Mine & Eric Maes

**Researchers**

Lies Deckers, Benjamin Mine, Lana De Clercq & Elke Cole

**Foreign partner**

Charlie Lloyd  
University of York, Department of Health Sciences

## CONTENT

<b>1. Background and context of the study.....</b>	<b>1</b>
1.1. Situation in European prisons.....	1
1.2. Drug counselling and treatment in European prisons.....	1
1.3. The Belgian context.....	2
1.4. Gap in the (drug) treatment in Belgian prisons.....	3
<b>2. Methodology.....</b>	<b>4</b>
<b>3. Conclusions.....</b>	<b>5</b>
3.1. Inform: Reached Number of clients and client profile (WP1).....	5
3.2. Motivation: What facilitates and impedes the motivation and readiness for treatment? (WP3, WP5).....	6
3.3. Referral: Number of referrals and factors that facilitate or impede referral (WP1, WP3, WP4).....	7
3.4. Signalling as a fourth additional main objective (WP2, WP4).....	8
3.5. The value of a specialized registration point in prison was recognized by all stakeholders (WP1-WP5).....	11
3.6. Essential preconditions for optimal functioning of the registration points (WP2-WP5)...	12
3.7. Research on the practice and continuation of the CRPs for incarcerated drug users.....	12
<b>4. Recommendations for practice and policy.....</b>	<b>13</b>
4.1. Legislation and current policy context.....	13
4.2. Recommendations regarding disclosure.....	15
4.3. Recommendations regarding the actual practice.....	15
4.4. Recommendations regarding collaboration and networking.....	20
4.5. Recommendations regarding policy.....	20
<b>References.....</b>	<b>22</b>

## **Context**

This document is an extensive summary of the study entitled “*Process and outcome study on prison-based registration points in Belgium*” (PROSPER) aimed at the evaluation of Central Registration Points (CRPs) for substance users in Flemish, Brussels and Walloon prisons. The study was carried out on behalf of the Federal Public Planning Service Science Policy (BELSPO) and was made possible by the co-financing of the Federal Public Service of Health, Food Chain Safety and Environment and the Federal Public Service of Justice. The study ran from 1 December 2014 to 31 October 2016 and was conducted by Ghent University, Department of Special Needs Education and Department of Criminology, Criminal Law and Social Law and the National Institute for Criminalistics and Criminology (NICC). The aim of this summary is to provide an overview of the main conclusions of the study with an emphasis on the recommendations for practice and policy, based on the research findings. A full research report is available on the BELSPO website.

## **1. Background and context of the study**

### **1.1 Situation in European prisons**

Research indicates the high prevalence of alcohol and/or illegal substance use and abuse in incarcerated offenders (Fazel & Seewald, 2012; EMCDDA, 2012; Van Malderen 2012; Enggist et al., 2014). On average, substance use/abuse is more prevalent among prisoners as compared to the general population (EMCDDA, 2012; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Enggist et al., 2014). A review study showed that 18% to 30% of detained men and 10% to 24% of detained women use or abuse alcohol. With regard to the use/dependence of illegal substances, the prevalence rates are higher, ranging from 10% to 48% of the male population and 30% to 60% of the female population on entry into prison (Fazel, Bains & Doll, 2006; Fazel & Seewald, 2012). Studies conducted in 15 European countries since 2000 show that between 2% and 56% of detainees have used substances during detention (EMCDDA, 2001). Cannabis is used most frequently, followed by cocaine and heroin (Bullock, 2003). The reciprocal relationship between substance use and involvement in criminal acts has been frequently described in literature (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Bennett, Holloway & Farrington, 2008; Esbec & Echeburua, 2016; Martin O'Connell, Paternoster & Bachman, 2011). 17% of European prisoners are held in detention for committing crimes related to drug use, drug possession or drug dealing (Aebi & Del Grande, 2013). Furthermore, prisoners who use alcohol or drugs on a regular basis seem to be at greater risk to reoffend and to relapse into substance abuse (Belenko, 2006; Cartier, Farabee & Prendergast, 2006).

### **1.2. Drug counselling and treatment in European prisons**

Detained people often suffer from a great complexity of health or psychological difficulties (Rutherford & Duggan, 2009). Addressing these diverse and often intertwined needs is recognized as a priority within the European Union (EMCDDA, 2012). Substance abuse treatment for detainees may reduce drug use as well as recidivism (Enggist et al., 2014). In 2012 the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) presented an overview on available substance abuse treatment in European prisons. This overview made a distinction between interventions focusing on

the reduction of drug use, harm reduction interventions and interventions with a focus on linking with the community.

Interventions focusing on the reduction of drug use include prison-based therapeutic communities, substitution and detoxification interventions, drug-free units and self-help groups. These interventions appear to have positive effects on recidivism and drug use, but are implemented only to a limited extent (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, and Mpofu Athanasou, 2015). Harm reduction interventions, including vaccinations, are provided in various prisons, both proactively as well as on request of the detainee. However, disinfectants to 'cleanse' needles are often not present in European prisons and needle exchange within prison is only available in a few countries (EMCDDA, 2012).

Furthermore, in several European prisons, throughcare initiatives are implemented. These initiatives focus on the continuity of care and support between prison and the community and vice versa (MacDonald, Williams & Kane, 2012, 2013). Fox et al (2005, p. 1) describe throughcare as: *"Arrangements for managing the continuity of care which begin at an offender's first point of contact with the criminal justice system through custody, court, sentence, and beyond into resettlement."* EMCDDA (2012, p. 23) emphasizes *"the importance of establishing a liaison between prison and community-based programmes in order to achieve continuity of treatment and longer-term benefits"*. The availability of throughcare is reported to lead to less relapse into drug abuse or criminal offenses among former detainees (Stöver, Weilandt, Zurhold, Hartwig & Thane, 2008; Belenko, Hiller & Hamilton, 2013). The UNODC (2008) states that aftercare is basically the last element in effective throughcare. Aftercare is described as a rehabilitation or reintegration scheme which actively supports prisoners after their release from prison (UNODC, 2008). Fox et al. (2005, p. 1) describe aftercare as: *"(...) a package of support that needs to be in place after a drug-misusing offender reaches the end of a prison-based treatment programme, completes a community sentence or leaves treatment."*

Internationally, through- and aftercare interventions range from specific units with a focus on reintegration (Cox, 2013; Powis, Walton and Randhawa, 2014; Lloyd, Russell & Liebling, 2014), over the continuation of therapy or aftercare after release (Torrens & Ruiz, 2015) to the intensive involvement of family members (EMCDDA, 2001). In addition, peer support is well established in prisons in England and Wales and peer-based interventions appear to be effective in reducing risk behaviour and improve the mental health of the participating detainees (Bagnall, et al., 2015). The exemplary role of as well as the incentive provided by peers prove to be essential in the initiation of commitment and the continuation of participation (Humphreys & Lembke, 2014). The peer-based intervention 'listener schemes' relies on experts by experience. Detainees are trained as 'listeners' who give emotional support to fellow prisoners (Jaffe, 2012). Experts by experience offer a great value as they can detect and understand factors that foster or hinder the recovery process in a fast and thorough manner, based on their own experiences (Erp, Boertien, Scholtens & Rooijen, 2011; Weerman, 2013).

### 1.3. The Belgian context

Belgian prisons cope with a large number of detainees with substance abuse problems. About two-thirds of the detainees used an illegal product during their lifetime. One third of them, indicate to have used an illegal product during detention and 11.7% reported to have used an illegal product for the first time during imprisonment in a penitentiary setting (EMCDDA, 2012; Van Malderen, 2012). Within the Belgian prisons, a number of initiatives are available to reduce drug use and their negative

effects (Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid, 2010; Van Malderen, 2012). For example, since 2006 detainees with an opiate addiction can follow substitution treatment with methadone or buprenorphine. However, in some prisons this form of treatment only consists of detoxification and is rarely offered in terms of maintenance (Vander Laenen et al., 2013).

In addition, several Walloon prisons set up prevention projects, including 'Boule de Neige', 'Détenus Contact Santé' and 'Prévenez-vous', where detainees are trained on the prevention of risks associated with drug use. Besides prevention-focused interventions, a few interventions in Belgium focus on supporting detainees during the detention period. Since 1995, for example, the 'B.Leave' program, aimed at prisoners convicted for drug offenses or for prisoners who have substance abuse problems, is organized in the prison of Ruselede. The 'Schakels' ("Links") programme was developed complementary to the 'B.Leave' programme and focuses on relapse prevention and social skills training (Van Luchene, 2013). In addition, since 2009, a drug-free wing 'D-side' and since 2012 a 'Short-term drug programme for drug using detainees' is available in the penitentiary complex of Bruges. In the prison of Hasselt, a drug free wing was initiated in 2015 (Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw, 2016).

Since 2011, Central Registration Points (CRPs) for drug users were developed in all Flemish, Brussels and Walloon prisons. For Flanders, the 'Centraal Aanmeldingspunt voor drugs (CAP)' was organized from 1 March 2011 onwards in 14 Flemish prisons by the 'Vlaamse Vereniging Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV)' on behalf of the Federal Public Service of Justice, department of Healthcare. By the end of 2011, registration points were also initiated in Brussels (Le Prisme) and Walloon prisons (Step by Step). The CRPs started from the need that detained people experience difficulties in linking with (substance abuse) treatment services at the time of and after release. From a throughcare perspective, the CRPs engage in continuity of care and support between prison and the community. CRP-staff members are treatment providers, who perform a liaison function between the prison and substance abuse treatment outside prison. They support incarcerated offenders with a substance abuse problem in finding adequate treatment after detention. Through individual conversations, at fixed times in prison, the following objectives were pursued: (1) providing information about treatment services; (2) increasing clients' motivation and readiness for counselling or treatment; and (3) referring clients to as well as establishing contact with treatment services in the community.

Since 2011, the Federal Public Service of Justice funded the functioning of the registration points. With the 'communitarisation' of substance abuse treatment services, the CRPs were not transferred to the communities. As a consequence, the Federal Public Service of Justice could not further provide funding and a negative advice of the financial inspection about funding led to the cessation of the registration points. The activities of the CAP were ended on 1 May 2016 and the activities of Step by Step and Le Prisme were terminated in September 2016, due to the lack of funding.

#### **1.4. Gap in the (drug) treatment in Belgian prisons**

Despite the development of several initiatives that focus on (substance abuse) treatment for detainees, current treatment only reaches a small number of detained people. Furthermore, the available care services in Belgian prisons are not always sufficiently aligned and continuity of care is often inadequately addressed (De Pauw, De Valck & Vander Laenen, 2009; Favril & Vander Laenen, 2013;

Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). The report of the WHO (2014) indicates that the current provision of prevention, treatment and harm reduction interventions in EU member states prisons is inadequate as compared with community care initiatives developed over the last 30 years (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). Until today, international and Belgian through- and aftercare initiatives are insufficiently implemented and aligned with the specific needs of the prison population (MacDonald, Williams & Kane, 2012).

With the recent cessation of the CAP, Le Prisme and Step by Step, a comprehensive (substance abuse) treatment offer for detainees seems to be moving further away. The EU Drugs Strategy (2013-2020) however explicitly states that attention should be given to strengthening and expanding quality care for drug users in prisons, to a level of care which is equivalent to what is offered in the community. The Basic Law of 12 January 2005 concerning the prison system and the legal position of detainees (B.S. 1 February 2005; hereinafter referred to as Basic Law) and the recent recommendations of the UN General Assembly (2016, p13-14) are also clear: *“Ensure non-discriminatory access to health, care and social services in prevention, primary care and treatment programmes, including those offered to persons in prison or pre-trial detention, which are to be on a level equal to those available in the community.”*

## 2. Methodology

The research project addressed the evaluation and practice of the Central Registration Points (CRPs) in the Flemish, Brussels and Walloon prisons. Up until now, no scientific evaluation of the CRPs has been performed. The following three objectives were tackled:

1. To investigate how the CRPs operate and what the effects are on the trajectories off incarcerated drug users.
2. To document how the CRPs are perceived by different involved stakeholders in terms of functioning, strengths and limitations and future challenges and opportunities.
3. To formulate policy recommendations with regard to the further continuation, expansion and/or modification of the CRPs.

This project consisted of six work packages (WP's) and used a multi-method approach.

WP1 (chapter 1) provides an (inter)national literature review on the availability of care and throughcare initiatives for detained people with substance abuse problems. A secondary analysis of the databases of the CRPs was performed to map the current CRPs practice and to analyse referral trajectories.

WP2 (chapter 3) assesses the relation between different variables (including whether or not support by CRPs was provided) and three recidivism indicators (new criminal record at the level of the prosecutor's office, reconvictions in the 'Centraal Strafregister' and re-incarceration). Using multivariate analyses these indicators were compared within two groups of ex-prisoners drawn from the CRP datasets.

WP3 (chapter 4) describes the results of a qualitative study on the stakeholders' perceptions with regard to the functioning of CRPs. By means of individual interviews, the added value as well as possibly limiting factors with regard to the activities of the CRPs were analysed, also focusing on

potential recommendations for further improvement. Four respondent groups were interviewed: (1) CRP-staff members; (2) staff members from community treatment services that regularly treat CRP-clients; (3) staff members from the justice field that have regular contact with CRP-clients and, in Flanders, staff members from Judicial Social Welfare (JSW, 'Justitieel Welzijnswerk'); and (4) CRP-clients. The interviews were analysed by means of the qualitative software package NVivo.

In WP4 (chapter 2) three standardized registration forms and one follow-up questionnaire, administered by means of interview by phone, were developed. Using a prospective study design, characteristics from newly admitted clients were registered by means of the intake registration forms, mentioned above. These clients were contacted by phone after six months, in order to gain insight into their current psychosocial functioning and the effects of CRPs on their current support or treatment. In addition, the tasks of the CRP-staff members were objectified by means of a client-specific and client-transcending registration form.

WP5 (chapter 5) focused on the development and implementation of a motivational group-based short duration programme 'DRUGS de baas?!' for incarcerated offenders with a substance abuse problem, organized in the prison of Ghent. A feasibility study was conducted concerning the implementation of this programme and the perceptions of different stakeholders were studied. These included (1) the CRP-staff members; (2) staff members from community treatment services that regularly treat CRP-clients; (3) judicial staff members who regularly are in contact with CRP-clients; (4) and CRP-clients who have followed the program.

WP6 integrated the results from the WP's mentioned above. The following topics were addressed: (1) the added value of the CRPs in terms of treatment-related indicators and recidivism; (2) process evaluation based on the perceptions of important stakeholders focusing on strengths, potential pitfalls and future challenges and opportunities; and (3) practice and policy recommendations with regard to the further continuation, expansion and/or modification of the CRPs (WP6).

WP1, WP4 and WP5 were conducted by Ghent University. WP2 was carried out by the NICC and WP3 and WP6 were tackled by both research groups.

### 3. Conclusions

The conclusions are structured on the basis of the main objectives of the CRPs: (1) providing information about available (substance abuse) treatment services; (2) increasing the motivation and readiness for counselling or treatment; and (3) making contact with and referring to (substance abuse) treatment services. Throughout the study a fourth key objective became clear: signalling, which will be discussed later in this summary.

#### 3.1. Inform: Reached Number of clients and client profile (WP1)

Providing information about available treatment was the first main objective of the CRPs. WP1 revealed that 2182 clients registered for an appointment with one of the CRP-staff members in 2014 (reference year of the study) in Brussels, Wallonia and Flanders. Of these clients, 80.2% had one or more (intake) interview(s). In the years registered (2012-2014), the number of clients that were seen each year remained fairly stable. The Belgian prison population systematically increased within the same period (as the prison population in 2012 increased to 11107 people, in 2013 to 11732 people and in 2014 to 11769 people) (Federal Public Service of Justice, 2016; Statistics Belgium 2015). This

increase was not compensated by an increase in the number of staff members, leading to a significant number of clients (19.8%) who were not seen by CRP-staff members partly due to the waiting time between the time of the registration and the first conversation.

By means of a secondary analysis of available CRP databases, the client profile was analysed. The majority of the clients were between 20 and 35 years old and male. The CRPs appeared to reach a slightly older group and more female prisoners as compared to the general prison population. 78% of the CRP-clients had the Belgian nationality, which is significantly higher than the general prison population (Federal Public Service of Justice, 2015). This may point to difficulties in reaching people with a non-Belgian nationality. The figures of convicted and accused clients were similar across the three registration points (CAP, Le Prisme, and Step by Step). On average, 47.4% was convicted and 46.3% was in remand. The CRPs reached proportionately more defendants and less convicted detainees as compared to the number of defendants and convicted detainees in prison in 2014 (Federal Public Service of Justice, 2015). This finding could be explained by the fact that the participation of the defendant in (substance abuse) treatment can be one of the requirements for a conditional release. In addition, the CRPs reached less internees in comparison with the proportion of internees throughout the prison population (Federal Public Service of Justice, 2015). With regard to the substances that were abused, opiates (both heroin and substitution medication) and alcohol were the most frequently mentioned main products. Also the abuse of cannabis was frequently cited. Amphetamines were mentioned noticeably more at CAP compared with Step by Step and Le Prisme. It is unclear what caused this difference.

### **3.2. Motivation: What facilitates and impedes the motivation and readiness for treatment? (WP3, WP5)**

The CRPs aimed at improving clients' motivation and readiness for treatment. Based on the findings of WP3 and WP5 factors that facilitate or impede motivation were mapped.

The participants (WP3) indicated the CRP-staff members' independent positioning as a strength, as it facilitated a neutral perspective towards clients. From this perspective, CRP-staff members kept focusing on the positive aspects and the capabilities of clients. Subsequently, the CRP-staff members' professional secrecy was experienced as a necessity by various actors. Also clients indicated that the professional secrecy reinforced their confidence in the CRP-staff members. It facilitated open and free communication, which improved the accessibility of the CRPs. In addition, the CRP-clients attached great importance to the personal approach of the staff members. The clients mainly appreciated the caring and emotional support. The empathic, non-intrusive and unprejudiced attitude and practice increased their motivation to start with (substance abuse) treatment.

In addition, treatment providers indicated that the waiting period between the decision for registration by the client, the first conversation and the start of the counselling or treatment negatively impacted the clients' motivation to participate in treatment or counselling. Some clients referred to the waiting period until the first conversation with a CRP-staff member as a motivation-obstructive factor (WP3). A decrease in motivation for treatment also turned out to be associated with a reduced participation in various forms of treatment in another study on the drug treatment court (DTC) (Dekkers & Vanderplasschen, 2013; Vander Laenen et al., 2013; Evans, Li & Hser, 2009).



The results of qualitative interviews with the participants of the short-term motivation programme in prison 'DRUGS de baas?!' (WP5), a programme that was carried out by 'de Kiem vzw' as part of the study, indicated that reasons to participate were very diverse. Doing well for family members, the prospect of a drug free life, and the possibility of parole were formulated as main reasons. A wide variety of topics from the programme were experienced as meaningful, which illustrated the importance of a differentiated offer. The evaluation showed that explicit attention should also be paid to alcohol use and abuse. Interventions aimed at alcohol abuse among detainees are reported to contribute to the reduction of alcohol-and health problems and to reduce recidivism (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). The unbiased attitude, professional secrecy and independent positioning of the supervisors also turned out to be essential conditions in order to speak freely during the program. In the majority of the participants, 'DRUGS de baas?!' appeared to affect the readiness to change in a positive way. Being able to share experiences, getting advice on dealing with craving and mutual reflection on possible solutions concerning drug-related problems were perceived as the main strengths of the program. The pursuit of abstinence was not a prerequisite for participation. This promoted, according to the participants, the accessibility of the program. These results showed positive effects of the programme in a detention context. However, the findings should be interpreted with caution given the small sample size.

### **3.3. Referral: Number of referrals and factors that facilitate or impede referral (WP1, WP3, WP4)**

The third main objective aimed to refer clients and to establish contact with substance abuse treatment services in the community. Information relating to the clients' trajectories within (substance abuse) treatment after referral was only available for CAP in Flanders.

Based on WP1, the results indicate that 4807 clients registered at the CAP from 2011 to 2014. 80.4% of the clients were seen by a CAP-staff member and 43% of those who were seen were referred to treatment. More than half of the referred clients started with the counselling or treatment that they were referred to. Nearly half of these clients completed the counselling or treatment in accordance to the treatment goals or were still in counselling/treatment at the time of the survey.

In total 657 clients registered at Le Prisme between 2012 and 2014, for 82.5% of these clients an intake was organized. The database from Le Prisme showed that all registered clients in 2014 were referred to treatment.

From 2012 to 2014, Step by Step received a total number of 1570 registrations, of which 93.3% were seen by a staff member and of which 87.5% were referred. Nearly a quarter of the clients was simultaneously oriented to multiple services. A comparison between CAP, Step by Step and Le Prisme showed a difference in the number of referrals. Besides the fact that Step by Step referred to multiple services, this difference could be explained by a different interpretation of the term 'referral'. CAP only registered a client as referred when an "attestation" for counselling or treatment was obtained. For Le Prisme and Step by Step an attestation for counselling or treatment is not a prerequisite in order to register a client as referred. It is deemed sufficient that the client received information concerning the referral and that the contact with a treatment service is initiated.

The majority of clients were referred to outpatient drug-specific treatment services. A significant number of clients in Flanders and Wallonia were also referred to mental health care services ('GGZ',

both outpatient and residential). Residential drug-specific treatment centres were mentioned as the third most prevalent category to which clients were referred.

Results from WP3 and WP4 indicated several aspects that facilitate or impede the referral to (substance abuse) treatment. The CRP-staff members' extensive expertise and experience about substance use treatment and the organization of (substance abuse) treatment services turned out to facilitate the access to and cooperation with (substance abuse) treatment services. The participants considered this as an important link with reintegration. The staff members' familiarity with (substance abuse) treatment services also facilitated a fluent referral since mutual confidence was already installed. The waiting period between the registration and the first conversation with a CRP-staff member complicated a smooth referral. Also consensus on the function, job content and mandate of the CRPs seemed to be of great importance for a smooth referral and communication between all actors involved. According to the central psychosocial service (PSS), Step by Step experienced an additional challenge as there are no structural agreements with external services that offer services inside prison in Wallonia. Furthermore, several actors from the three CRPs indicated a certain degree of resistance and prejudice with some treatment providers concerning counselling or treatment of detained people with substance abuse problems (WP3). Furthermore, the unavailability of (substance abuse) treatment services was mentioned as an additional difficulty to initiate the most appropriate (substance abuse) treatment.

### **3.4. Signalling as a fourth additional main objective (WP2, WP4)**

The development of standardized registration forms (WP4) made clear that the CRPs fulfilled an important role in signalling. The systematic registration carried out in WP4 enabled comparison of the CRPs, which pointed towards barriers and possible exclusion criteria in the range of available treatment services. This study identified difficulties regarding referral because of limited availability of care services, differences in the expectations of the involved actors about the most appropriate form of care and the willingness of care providers to counsel or treat people with a judicial status. A challenging referral was also observed among the referral of drug users with additional psychiatric problems, which is consistent with previous research findings concerning persons with dual diagnosis (see e.g. Vandeveldt et al., 2015).

A mutual intake registration form was developed for the three CRPs (WP4). The CRP-staff members reported to experience it as useful, clear, logical and user-friendly. Based on the feedback by the staff members and care providers, some optional open questions and more space for additional information were added. The form was also further aligned with the Treatment Demand Indicators (TDI) (see below) by adding new questions (see Annex 1 'Adjusted Intake Registration form Dutch' and Annex 2 'Adjusted Intake Registration form French').

Furthermore, the standardization revealed some differences in the client profile in comparison with the registration figures from WP1. This emphasizes the importance of using a standardized registration procedure. Clients seemed to experience difficulties in various life domains, next to difficulties concerning substance abuse: physical and mental health, labour, family and social relationships, financial situation and justice. This complexity underscores the importance of care and support focusing on multiple life domains, also after detention. Another important finding showed that one-third of the clients never attended an outpatient or residential service for substance abuse problems in

the past. This illustrates that the CRPs managed to reach a group of clients who were not previously reached by (substance abuse) treatment services.

In addition to the development of a standardized intake registration form, a follow-up registration was conducted. Clients were followed up with regard to referral and admission to treatment, treatment participation and other indicators (e.g. treatment engagement, health and psychosocial functioning) (WP4). The number of completed registrations, however, was limited<sup>1</sup>.

The survey by phone, six months after the first contact with a CRP-staff member, also showed the difficulty of systematic registration and monitoring. Although the results should be interpreted with caution because of the limited response, the survey indicated that clients reported a high satisfaction with regard to the practice of the CRPs. These high levels of satisfaction seem to be related to: fluent referrals; the quickly and clearly answering of questions; the experience that the client's choice was taken into account; and the motivational and supporting approach of CRP-staff members.

The importance of the signalling function of the CRPs also became clear in WP2, as the registered recidivism figures were in line with (inter)national research (Robert, Mine & Maes, 2015 ; Mine, Robert & Maes, 2015; Belenko, 2006; De Wree, De Ruyver & Pauwels, 2009; De Wree, Pauwels, Colman & De Ruyver, 2009; Gossop, Trakada, Stewart & Witton, 2005). Concerning (ex-)detained drug users (n= 2758) following recidivism figures were observed: 75,7% committed a new offence based on registration at the level of the prosecutor's office within a maximum period of 4 years and 9 months after their release (regardless of the offence committed and orientation which was eventually given); 39,7% had a new conviction record within this time frame (regardless of the offence committed and the later pronounced punishment or measure); 40,4% was re-incarcerated after release (on electronic surveillance or on one of the various specific forms of 'release') within a maximum period of 3 years and 9 months (regardless of the reason for re-incarceration: non-compliance with conditions, committing new offenses). The first (three) months after release appeared to be associated with a higher intensity of recidivism (in terms of a new, at the prosecutor's office notified, case and re-imprisonment). For example, approximately 30% of the recidivists were back in prison within 3 months after release.

The (bivariate) analyses showed a statistically significant difference regarding the recidivism indicator 're-imprisonment' between detainees seen by the CRPs and detainees who made a notification but had no conversation with a CRP-staff member. Detainees seen by the CRP had a higher rate and intensity of recidivism in comparison with detainees who were not seen. This difference was not observed for the other indicators (new criminal charges and new conviction record). The higher measure of re-imprisonment and recidivism intensity could be explained through the presence of penitentiary antecedents, as this correlation was no longer significant when the number of previous convictions was taken into account. Further analyses seemed to confirm this hypothesis; both penitentiary antecedents and age had a significant impact on recidivism, regardless of the indicator used.

These findings are consistent with the results of the DTC-research (De Keulenaer, Thomaes, Wittouck & Vander Laenen, 2015). DTC-clients were characterized by more criminal antecedents, a longer criminal career, a longer duration of detentions and more heroin use when compared with the

---

<sup>1</sup> Different explanations may account for this: the limited time in which the forms had to be filled out; the mandate of the CRP-staff members ending at the time of referral; and the difficult working conditions in view of the imminent closure of the CRPs at the time of the study. Furthermore, some treatment providers referred to the professional secrecy as a reason not to share treatment-related information.

probation group. These characteristics correspond to a profile with a higher risk of recidivism (Noppe et al, 2011; De Ruyver et al., 2007). The study conducted by De Ruyver et al. (2007) indicated that being male, aged under 25, heroin use, frequent (more than monthly) use and a criminal record are significant recidivism predictors in drug users.

Results from WP2 also showed that the type of release from prison and the judicial statute at the time of the opening of the dossier had a significant impact on recidivism (in terms of re-imprisonment). Those who leave prison on electronic surveillance or on conditions, had a greater risk of re-incarceration than those who are exempt from conditions. Detainees with a judicial statute within the category 'other' (including a large number of internees, see chapter 3 figure 3) also had a higher risk of ending up back in prison compared to definitive convicts. Conversely, for the other indicators (new criminal charges or a new criminal record) it appeared that those who left prison on condition were less likely to have a new criminal charge or a new criminal record in comparison with detainees who left prison without conditions. This finding seems to confirm the hypothesis that those who leave prison with conditions are more likely to end up back in prison, since re-incarceration in many cases seemed to be related with the breach of judicial conditions instead of committing new offences<sup>2</sup>. Contrary to what was observed for the first indicator, the results also show that whoever was definitively convicted at the time of release, had a greater chance of a new criminal charge or a new criminal record than those who left prison under another judicial status.

There was no information available regarding clients' care trajectories after referral, which can be seen as a shortage in the recidivism measure. As such, no comparison could be made between the group who was referred and initiated treatment ("successful referral") and the group who was not.

It should be noted that reducing recidivism was not an objective of the CRP-staff members. Their interventions could, at best, indirectly contribute to recidivism reduction, but recidivism figures are not a benchmark to assess the effectiveness of the interventions of the CRPs. Indeed, the recidivism risk could be influenced by several factors beyond the control of CRPs, such as the work situation, support from social network, living situation and mental health (De Ruyver et al., 2007; Somers et al, 2014). These factors were not included in the registration in WP2, because these data were not available. The reported recidivism figures should therefore be interpreted with caution.

The time invested by CRP-staff members with regard to preparing and completing client-specific and client-transcending activities was objectified by means of a client-specific and client-transcending registration form (WP4). This registration showed that the tasks of staff members involved more than only client-specific activities, including conversations with clients (20-32% of working time) and client-supporting activities, including consultations/meetings about clients, administration and preparing and monitoring client files (38-40% of working time) (Figure 1).

A significant part of the working time was registered as client-transcending activities such as trainings and seminars, team meetings, drafting year/activity reports (12-51%) and other activities (9-18%) which are specific for working in a detention context and which cannot be directly linked to individual clients: transfer to prison, checking in and out of prison, waiting for clients before a conversation,...

---

<sup>2</sup> Re-incarceration rates explained by committing new facts or by violating conditions were not registered.

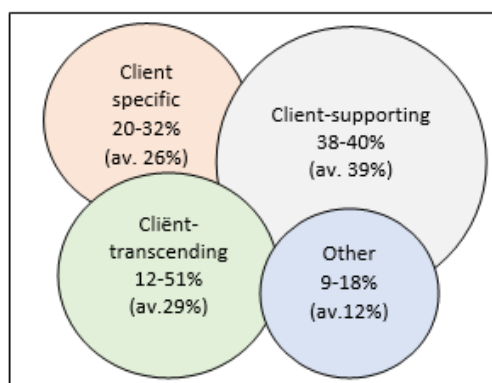


Figure 1: Overview of the tasks of CRP-staff members<sup>3</sup>

### 3.5. The value of a specialized registration point in prison was recognized by all stakeholders (WP1-WP5)

The results of the different work packages (WP1-WP5) pointed towards the added value of CRPs for drug users in prison. All interviewed actors, including those of justice, (substance abuse) treatment and welfare services, and clients (WP3) emphasized the added value of the CRPs in terms of informing, motivating and referring prisoners with a substance abuse problem.

Clients reported an overall high satisfaction concerning the CRPs practice, since they felt understood and experienced support and new opportunities. In addition, clients indicated that the CRPs increased their motivation to start with (substance abuse) treatment. Care providers, on their part, stressed the beneficial collaboration with CRP-staff members in terms of a smooth referral. Judicial actors and welfare service providers emphasized the added value of the staff members' attitude, focusing on positive client characteristics and strengths and the belief in a possible referral (WP3). Following elements were mentioned by the different actors:

- The expertise and experience of the CRP-staff members with regard to substance use and with regard to substance abuse treatment services
- The professional secrecy and independent positioning of staff members
- The client-oriented, motivational and unprejudiced attitude of staff members
- The accessible and non-intrusive approach of staff members
- The close, honest and confidential cooperation with (substance abuse) treatment services
- A shared vision and openness to dialogue with (substance abuse) treatment services.

The long waiting period until the first conversation with a staff member was mentioned as an area for improvement by some clients (WP3). Because of the waiting period not all clients who registered had an initial conversation with a CRP-staff member. All three CRPs mentioned the fact that clients were already released before a first conversation could take place, as the main reason why clients were not seen. The low accessibility of detainees with a non-Belgian nationality could also be regarded as an area for improvement. To reach foreign-language detainees they must have access to information regarding available care in a language they understand (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

<sup>3</sup> The reported averages (av.) should be interpreted with caution due to missing values (e.g. report 2.3.3.) and since the calculation of averages was not proportionally weighted in relation to the number of staff members at each of the CRPs.

### **3.6. Essential preconditions for optimal functioning of the registration points (WP2-WP5)**

The results from the different work packages revealed a number of preconditions, which were essential to promote the clients' motivation for counselling or treatment and to facilitate the orientation and referral to (substance abuse) treatment services. Essential preconditions to safeguard and to further consolidate a high quality practice, according to the interviewed actors, included:

- An adequate number of staff members and resources
- Consensus about the function, job content and mandate of the CRPs
- Systematic disclosure about the existence and functioning of the CRPs to all new detainees and stakeholders inside and outside prison
- Easy access to detainees in prison
- The provision of a telephone and/or computer for CRP-staff members during waiting periods and/or in meeting areas in prison
- An increased willingness and availability of external (substance abuse) treatment services to consult with or treat detainees
- The further expansion of consultation and treatment options for specific target groups (women, clients on electronic surveillance, foreign-language speakers, people with a non-Belgian nationality) and people with additional problems (intellectual disability, psychiatric disorder).

### **3.7. Research on the practice and continuation of the CRPs for incarcerated drug users**

A survey carried out by the policy coordinators of the Flemish Government (2016) amongst 'JSW' from 'Centra Algemeen Welzijnswerk', 'Psychosocial Service' (PSS, 'Psychosociale dienst'), 'Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)' and substance abuse treatment services on the effect of the discontinuation of the CAP in daily practice showed a high number of difficulties. This survey was only conducted in Flanders, so no statements about the possible impact of the termination of the registration points in Wallonia and Brussels can be made on basis of this survey.

The respondents indicated that clear guidelines or agreements concerning registration and referral procedures and associated responsibilities are no longer available. Some of the former CAP-tasks are currently taken over by the 'PSS', 'CGG' or (substance abuse) treatment services, which results in an increased workload. These tasks, however, are only carried out for convicted detainees. This is not the case for defendants, which leads to a hiatus for this group. To date, care givers and prisoners can no longer rely on the extensive expertise and experience of the CRP-staff members with regard to substance use and with regard to (substance abuse) treatment services. According to respondents, this leads to delayed referrals and an increased number of refusals from (substance abuse) treatment services. Also the lack of an independent and external positioning, which was seen as an important strength of the CRPs, is perceived as an important shortcoming in the current practice.

#### 4. Recommendations for practice and policy

These findings point out the value and importance of the CRPs regarding the three previously mentioned objectives ((1) providing information about treatment services; (2) increasing clients' motivation and readiness for counselling or treatment; and (3) referring clients to as well as establishing contact with treatment services in the community) for which they were established. The continuation and preferably expansion of the CRPs practice is therefore recommended. Based on the research findings two matters seem to be of paramount importance in the successful CRPs practice: the professional secrecy and specific expertise on (substance abuse) treatment. Given the complex situation of drug users in prison an independent positioning and categorical assistance with drug specific expertise is essential.

This section focuses on concrete recommendations based on the research findings and (inter)national literature. First, these recommendations are presented within the legislation and current policy context. Subsequently, the recommendations will be discussed on various levels: disclosure; actual practice; collaboration and networking; policy. At the level of the actual practice of the CRPs, an additional classification is made in line with the main objectives of the CRPs. Depending on the encountered importance of continuity of care a further key objective is described: case management. Finally, specific policy recommendations are formulated in terms of integrated care provision, aftercare and follow-up (Figure 2).

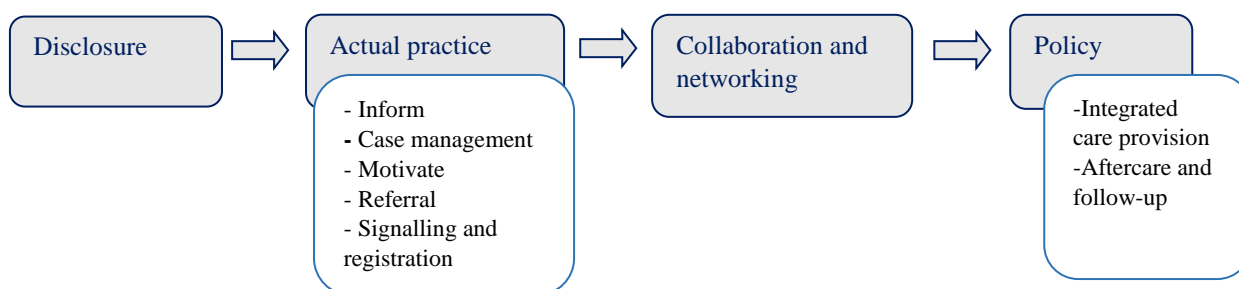


Figure 2: Summary of recommendations for practice and policy

##### 4.1. Legislation and current policy context

###### *Basic law*

Currently an inclusive and qualitative (substance abuse) treatment offer for detained drugs users is lacking in Belgian prisons; a fact that has been referred to and criticised multiple times in the literature (Favril & Vander Laenen, 2013; Kazadi Tshikala & Vander Laenen, 2015; Vander Laenen, 2015a; Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014). The need for a better organisation of (substance abuse) treatment in prison has also been acknowledged in the policy note for social issues and healthcare of the federal minister of Public Health (Belgische Kamer Van Volksvertegenwoordigers, 2015).<sup>4</sup>

<sup>4</sup> This note reports that the results of a study for the Federal Resource Centre for Healthcare on (the financing of) penitentiary healthcare shall be awaited (expected at the end of 2016), and that until then, public health authorities 'will not take any further steps' (Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2015: 56).

The Basic Law explicitly determines the right to healthcare in detention and care equality between the community and the prison context. This care should be adjusted to the needs of the detainee (Art. 88 Basic Law). Today, interventions in prisons in EU member states still do not observe the principle of equality as described in international recommendations by the United Nations General Assembly, UNAIDS/WHO and UNODC (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014; Stöver, 2006). The individual detention plan (Art. 35-40 Basic Law) can be a significant contribution to a meaningful interpretation of the detention trajectory. With the recent cessation of the CRPs, the inequality of healthcare to detainees with substance abuse problems only grows. Within this matter, the implementation of these articles for incarcerated drug users is strongly advised (Snacken, 2015).<sup>5</sup>

### *Communitarisation*

Following the sixth state reform of 11 October 2011, a number of authorisations concerning (substance abuse) treatment were transferred from the federal level to the communities. The institutional agreement determines that rehabilitation agreements for addicts and parts of the ‘GGZ’<sup>6</sup> (mental health care) are now the responsibility of the communities (Federal Government, 2011).

Since 2011, the Federal Public Service of Justice financed the operation of the CRPs. However, during the communitarisation of (substance abuse) treatment, the CRPs for drugs users were not transferred to the communities. The Federal Public Service of Justice reported that they would be unable to further arrange the financial matters, and a negative advice of the financial inspection concerning the further financing led to the cessation of the CRPs. On 1 May 2016 the CAP practice was dissolved, and in September of 2016 the cessation of Step by Step and Le Prisme followed, as its financing ended. Restarting the CRPs will require some extensive arrangements between Justice, Public Healthcare and the communities. Clear agreements should be made concerning responsibilities, as well as on the matter of financing. Pilot projects of which the added value was proven after a thorough academic evaluation should be financed structurally and projects with no real value should be cancelled (Vander Laenen, 2016). Jo Vandeurzen, the Flemish minister of Wellbeing, Public Healthcare and Family, already stated that as of 2017 the CAP financing will be the responsibility of the Flemish authority for support and services to detainees (Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2016). Regarding the further financing of Le Prisme and Step By Step, there was no clarity yet at the end of November 2016 .

### *Continuity*

The European Union Drugs Strategy (2013-2020), the UNGASS resolution (2016) and the recommendations of the WHO (2014) explicitly suggest that special consideration should be given to strengthening and expanding high-quality and continuity of care for drugs users in prisons, in order to reach a care level equal to what is being offered in the community. Employing a permanent CRP-staff member for each prison may contribute to this. In addition, continuity of care improves the confidential relation between staff members and clients, as well as between staff members and care

<sup>5</sup> The sole exception is art. 98 Royal Decree of 12 December 2005 on the determination of the date of implementation of article 98 of the Basic Law of 12 January 2005 concerning the prison system and the legal position of detainees and concerning the arrangement of the composition, the authorisations and the operation of the Penitentiary Healthcare Council, B.S. 29 December 2005.

<sup>6</sup> Mainly the meeting platforms of mental healthcare, the mental healthcare clinics and the initiatives for sheltered living.



providers. Furthermore, a wider availability of staff members could also improve the continuity of care.

The most important reason why clients were not seen by the CRPs, is that the client had been released from prison by the time the first meeting could be arranged. Therefore, in the future, waiting times should be reduced in order to refer more clients to (drug)treatment services. With more available staff, more clients could be reached and more intensive trajectories could be carried out with clients who have more complex needs. A higher intensity support could improve their motivation to start with counselling or treatment (Vander Laenen et al., 2013). Additionally, there should always be enough time and space for meetings with various partners of justice, welfare services and (substance abuse) treatment services. The expansion of the mandate of CRP-staff members, to a form of case management, could ensure that the trajectories can be monitored and evaluated after detention.

#### **4.2. Recommendations regarding disclosure**

A clearly delineated and transparent task description and systematically organized information or introduction moments for all actors involved can lead to a greater disclosure of the CRPs among detainees. This should be realised with utmost care for the relation to the detention context. In this regard, leaflets, video or service memoranda on practice procedures and cooperation with other services could be used as communication tools. These tools should be short, clear, and developed with attention to foreign-language detainees (MacDonald et al., 2012). Disclosure should be realised both inside (e.g. medical staff, penitentiary surveillance assistants,...) and outside prison (e.g. lawyers, judges,...). As such, it is recommended that regular services outside (substance abuse) treatment, including the ‘Vlaamse Dienst voor Arbeidsbemiddeling en Beroepsopleiding (VDAB)’ and the ‘Public Centre for Social Welfare (‘OCMW’), are familiar with the CRPs practice.

#### **4.3. Recommendations regarding the actual practice**

##### *Inform*

In order to organize constructive information distribution and transfer, good cooperation structures between various services – inside prison and between services inside and outside prison – are required. This is closely linked to an efficient exchange of data. Sufficient time should go out to communication between services, as well as to the clarification of roles, expectations and responsibilities (MacDonald et al., 2012).

CRP-staff members and external care providers can exchange information in the framework of their shared professional secrecy, if this information is required for the quality or continuity of care and if the client has been informed properly on the aim and the content of this exchange and gave his/her permission (Vander Laenen & Stas, 2015). However, judicial actors operate within a different professional secrecy. Therefore there is no shared professional secrecy with care providers (Van der Straete & Put, 2005). These differences between judicial and non-judicial actors do not form a barrier for proper cooperation as long as clear agreements are made on information exchange in regard to the professional secrecy of care providers (Vander Laenen & Vanderplasschen, 2012; Colman, Vander

Laenen & De Ruyver, 2010)<sup>7</sup>. As such, it is important that the judicial actor clearly explains his/her role towards the client and that clear agreements are made both on the client-specific and client-transcending level (Vander Laenen, 2013).

Furthermore, the creation of a common database or horizontal communication process between CRP-staff members and care providers offers the opportunity to increase the quality and efficiency of cooperation. Naturally, the access to this database should be adjusted to the legislation on privacy and professional secrecy. Duplication of effort by both CRP-staff members and care providers in the context of registration and identifications of client-specific and client-transcending data should be kept to a minimum.

### *Screening, assessment and case management*

A general screening by the medical staff upon entry into prison is recommended to detect drug related problems in an early stage. This basic screening should focus on several life domains: physical health, work/education/income, substance use, law/police, family and social relations, and mental and emotional health. The ‘Simple Screening Instrument for Substance Abuse (SSI-SA)’ (Winters & Zenilman, 1994) and the ‘Brief Jail Mental Health Screen (BJMHS)’ (Steadman & Veysey, 1997) are two valid and brief screening instruments, consisting of respectively four and eight questions, that can be used for this purpose<sup>8</sup>. If the screening reveals psychological or drug related problems a more thorough assessment should be organised (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

Among other objectives, case management operates to ensure continuity of care (Vanderplasschen, Rapp, Wolf & Broekaert, 2004; Vanderplasschen et al., 2011). The case manager acts from a motivating, coordinating and assisting role and provides a wide range of services tailored to the clients’ needs in a systematic and coordinated manner (Hall, Carswell, Walsh, Huber & Jampoler, 2002). Case management becomes more and more common within substance abuse treatment. In Belgium it is mainly used for drug users with multiple and complex problems and to support transitions in care (Vanderplasschen et al., 2011). If the detainee had a case manager before his/her detention, this external case manager could continue to support the client, with consent of the client. If the detainee had no previous contact with (substance abuse) treatment services or had no case manager before, case management can be initiated when appropriate to the clients’ complexity of problems and the request for support. The function of the case manager will then be carried out by a CRP-staff member, if the client agrees. Upon leaving prison, this support will be continued with the client approval. This results in a substantial expansion of the CRPs role, which requires increased staff resources. If the detainee, upon being released, requests a case manager and case management is required in terms of problem complexity, a CRP-staff member may still act as case manager (Figure 3). Unlike support or guidance from a judicial assistant (“justitieassistent”), the professional secrecy of case managers guarantees the confidential relationship with the client.

The implementation of case managers who support and guide detainees after detention is very ambitious when it comes to work intensity and necessary resources. However, this ambitious

<sup>7</sup> This applies to both meetings with the PSS, during the detention period, and meetings with the judiciary assistant of the client, who protects the observance of the client after their release from prison and forms the bridge between healthcare services and the legal system.

<sup>8</sup> These instruments are part of a more general screening and assessment procedure that was developed in a previous BELSPO study, “Druggebruik en psychopathologie in gevangenis: Een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling” (<https://www.belspo.be/belspo/fedra/proj.asp?l=en&COD=DR%2F26>) (Soyez et al., 2007; De Wilde et al., 2007).

recommendation seems to be most adequate within the complexity of factors that impede high-quality care for detainees during and after detention. Considering the high recidivism risk during the first three months after detention, case management can play an important role especially during this period. The literature describes various effective forms of case management, which vary in intensity and duration (Vanderplasschen, Wolf & Colpaert, 2004; Rapp, Van Den Noortgate, Broekaert & Vanderplasschen, 2014).

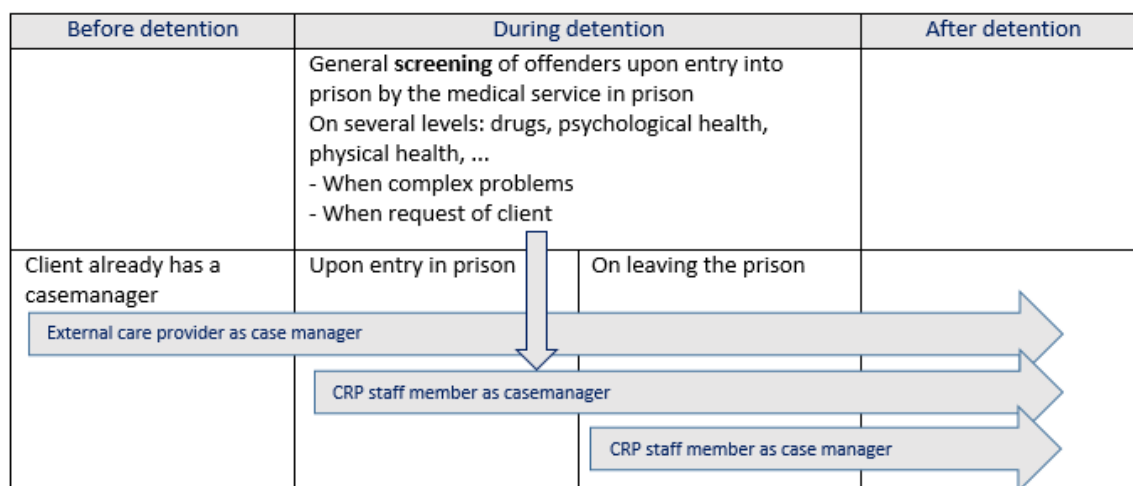


Figure 3: Schematic overview on the potential future organisation of screening, assessment and case management

### Motivate

Adjusting and/or reorganising time investments linked to working in a detention context may be a first step towards a more efficient practice. In doing so, the waiting period between registration and the first meeting with a CRP-staff member can be reduced, as this waiting period was experienced as a motivation-obstructive factor. In addition, the staff members' task package should include enough time and space to provide emotional support and to maintain and improve the clients' motivation.

Staff training in terms of motivational interviewing, knowledge of comorbidity and the practice of treatment services is essential to increase clients' motivation. Staff members should, for example, be aware of the possible thresholds that detainees experience during reintegration (MacDonald et al., 2012). Special focus should be placed on specific target groups, such as women, people with an intellectual disability, dual diagnosis, clients under electronic surveillance, and foreign-language speakers. An integrative care provision that goes beyond drug abuse problems and includes strengths and barriers in different life domains is needed (Durcan, 2008; Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). The realisation of an integrated support assumes that the CRPs practice is integrated in a more general organisation of partnerships with, for example in the Flemish context, 'JSW' and 'GGZ' (see below).

In addition, involving families or broader networks of the client offers opportunities for motivation improvement. International research shows that support by family members plays a vital role in a successful reintegration (MacDonald et al., 2012). Family also appeared to be an important motivation to participate in the 'DRUGS de baas?!' programme (WP5). According to the programme participants, involving experts by experience in the sessions was recommended. They could serve as an example and encourage the participants' motivation for counselling or treatment (Erp, Boertien, Scholtens &

Rooijen, 2011; Weerman, 2013). Limited interference with prison specific activities, such as ‘yard time’, work and visiting hours, may also improve the willingness to participate in the programme. The same barriers were described in a recent study on the participation of Flemish detainees in a vocational orientation programme among prisoners (Brosens, De Donder, Dury & Verté, 2015).

*A motivational group-based short duration program: ‘DRUGS de baas?!’ (WP5)*

Various findings stress the importance of a further implementation and expansion of a motivational group-based short duration programme for incarcerated offenders with a substance abuse problem. Results from WP5 show that the participants were satisfied with the ‘DRUGS de baas?!’ programme, awarding an average score of 7.7/10. The coaches’ expertise, unprejudiced attitude, professional secrecy and familiarity with the prison context was seen as the main programme strength by participants, coaches and ‘PSS’. Various participants indicated the value of the availability of care in prison that focused specifically on persons with addiction problems. Participants experienced the programme to be important as it could be a first moment of contact with care providers. For some participants it felt like a form of pre-therapy. This programme should be developed complementary to the CRPs practice, and preferably further implemented in various Belgian prisons.

In order to maintain support and increase the programmes’ disclosure it is recommended that detainees are screened during their early stages of detention and that the content of the programme is brought up regularly. It is also advised that programme coaches are familiar with the prison context and that prison staff are informed about the programme content. Additionally, familiarity with the CRPs may be increased by assigning one session to the CRPs practice. Participation in the short duration motivation programme should complement the CRPs practice. Clients can enter the programme through the registration points, but it is not required that they do so. Considering the large number of detainees with alcohol problems, and the scientifically underpinned relation between alcohol, aggression and relapse, it is strongly recommended to spend sufficient attention on alcohol abuse (Coccaro et al., 2016; Beck, Heinz & Heinz, 2014; McCloskey, Berman, Echevarria & Coccaro, 2009).

If the programme is also implemented in French-speaking prisons, sufficient time should be reserved to modify and translate the material. In addition, supervision and intervision and a multiple-day training, adjusted to the needs of the prison context, are recommended for the programme coaches. If the programme is systematically implemented in the wider range of support and services within the prison context, considerable financial savings can be achieved. This implementation requires enough time for meetings, a long-term perspective and sufficient and engaged penitentiary surveillance assistants. Furthermore, all involved actors indicate the necessity of a certain form of support after the programme during the detention period in order to maintain the acquired knowledge and level of change that was achieved. This form of support should focus on: making counselling and treatment opportunities more explicit; assisting with and refining the transition to (substance abuse) treatment; preventing risk situations and harm reduction; and maintaining and improving client motivation. The coaches of the programme are well-positioned to provide this aftercare, since they know the participants and their motivations and can continue working on the content of the programme.

### *Referral and follow-up*

An important condition to reach efficient cooperation and smooth referrals would be a clear and shared description of the CRP-staff members' tasks. In addition, the diversity of the client profile (WP1,WP4) underscores the importance of a client-focused approach. An individual and integrative assessment of needs, from a participatory perspective, is essential to organise this client-focused approach. In addition, it is important that these assessment tools are standardised and adjusted to the specific detention population and context. By doing so, it is possible to monitor and evaluate the achieved aims of the CRPs.

Certain exclusion criteria applied by (substance abuse) treatment services regarding the client profile hinder the referral of CRP-clients. Therefore, awareness is needed concerning the shared responsibility of "challenging referrals" by all actors involved. More expertise among care providers and CRP-staff members on additional problems, such as intellectual disability or psychiatric problems, may be useful to guide an adapted referral. In addition to a good collaboration with (substance abuse) treatment services, a good connection must be made with regular treatment services. Through an integrated care and assistance provision a much greater emphasis should be placed on expanding the bridge between prison and the community. This provision should focus on all major life domains, such as general wellbeing, social network, leisure and work. Active cooperation with organisations such as social housing agencies, social office rental agencies and the 'Public Centre for Social Welfare' is strongly advised (for example, starting with "living wages" or debt mediation during detention) (Vander Laenen, 2015b).

### *Signalling and registration*

When the CRPs practice is continued in the future, the signalling function should be included as an explicit additional task of the CRP-staff members. Adjusting and/or reorganising time investments linked to working in a detention context may contribute to more time and space for the organisation of this fourth aim. Administrative simplification or providing a computer with server access in prison may help organise a more efficient registration procedure.

Belgium has agreed to register key indicators of the European Treatment Demand Indicator (TDI) protocol on a national level, so that priorities for treatment and prevention can be objectified. The registration of TDI by the CRPs creates an important source of information to map the number and profile of new clients addressing (substance abuse) treatment services in terms of care that is tailored to their needs. TDI which were not included in the proposed intake registration form, were added to the modified registration form (Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, 2016; Antoine, De Ridder, Pletinckx, Blanckaert & Gremeaux, 2016). This modified registration form was included as an appendix in the report (see appendix 1 'Modified Intake Registration Form in Dutch' and appendix 2 'Modified Intake Registration Form in French'). Standardization of registration and comparison between Flanders, Wallonia and Brussels will become possible when the use of these newly developed registration forms is continued after finishing the study.

Follow-up registration is recommended to monitor and evaluate clients' trajectories. When expanding this follow-up registration form, attention should be paid to problems inherent to registration in a detention context, staff members' workload and the (shared) professional secrecy. It is important that CRP-staff members request clients' informed consent for contacting (substance abuse) treatment services to evaluate the clients' trajectory after referral. Therefore, the process of referral can be

monitored and evaluated with the consent of the client, in response to continuity of care. Research showed that a telephone follow-up can prevent relapse and foster recovery (Dennis, Scott & Laudet, 2014). When this follow-up is implemented systematically, it has the potential to expose barriers and gaps in (substance abuse) treatment. In addition, continuity of care can be improved by tackling barriers and gaps, on the client- and structural level (e.g. signalling function).

#### **4.4. Recommendations regarding collaboration and networking**

Effective cooperation and networking between services inside prison and with external services is essential in the development of successful trajectories (MacDonald et al., 2012). Team meetings with CRP-staff members within detention must be continued to support each other. In the Flemish context, repeated meetings with employees of 'JSW' and 'CGG', who operate in prison, are recommended in terms of shaping a 'hulp- en dienstverleningsplan' (Polfliet, Vander Laenen & Roose, 2012). In addition to the 'hulp- en dienstverleningsplan', consultations with 'PSS' members are also required in relation to the alignment of a detention plan.

Regarding effective cooperation and referral, it is important that CRP-staff members are involved in network meetings outside detention, both with drug-specific care and 'GGZ'. In this manner, the aims and operation of the CRPs can be clarified on a regular basis and difficulties regarding the cooperation can be discussed. An annual evaluation meeting with CRP-staff members and external care providers, with an emphasis on the process of referral and client trajectories, is recommended. This evaluation moment works towards the professionalization of the CRPs, since elements that contribute to a smooth referral can be further developed. Shared professional secrecy is necessary, if the meetings are not anonymised (see above).

#### **4.5. Recommendations regarding policy**

##### *Integrated care provision*

A combination of a maximal provision of community care initiatives with (drug specific) treatment offer in prison is desirable in order to realise high-quality care for detainees (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). Maximum effort should be spent on expanding a (drug) treatment offer in each prison, as well as an integrated drug policy. This could be developed through the continuation or restart of the local steering committees drugs. Within these local steering committees, there should be a more active role for CRP-staff members, both in the light of the expansion of an integrated local drug policy during detention and concerning the signalling function. Care and support for detainees should be linked optimally with other care providers attending similar objectives, such as 'JSW' and 'CGG' (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014). The communitarisation of drug specific treatment providers offers the opportunity to replace the current performance-focused financing system with a system of envelope financing or personal financing (Flemish Government, 2013; Vander Laenen, 2016), so they can actually provide care and support for detainees (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014).

A continuum of interventions is advised in order to expand a form of care that is tailored to the needs of every detainee. These comprehensive and integrated interventions should be based on evidence-based interventions, which include harm reduction initiatives (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). A methadone maintenance treatment programme should at least be organised or expanded in all

prisons. Currently, this is not the case (Schiltz, Van Malderen & Vanderplasschen, 2015). The continuation of methadone maintenance treatment during detention proves to contribute to a greater willingness to start with treatment after release, which reduces risk behaviour and the risk of overdose (Rich et al., 2015). A consistent care policy concerning substitution is necessary, unrelated to personal preferences of doctors. Resistance to substitution treatment among some prison doctors can be reduced through additional training (Vanhex, Vandeveld, Stas & Vander Laenen, 2014; Memorandum Zorg en Detentie, 2014).

#### *Aftercare and follow-up*

The prevalence of a substance abuse problem appears to increase the risk of overdose and mortality after being released from prison, independent of socio-demographic, criminological or familial factors (Chang, Lichtenstein, Larsson & Fazel, 2015). Aftercare may reduce this risk, since it appears to exert a positive influence regarding recidivism and drug use among individuals in a detention context (Belenko, Hiller & Hamilton, 2013; Galassi, Mpofu, & Athanasou, 2015; Wexler & Prendergast, 2010). Aftercare is mainly important within the first three months after detention, because the risk of recidivism is highest during that period (see WP2). A link between prison and (substance abuse) treatment outside prison walls is very important to achieve continuity of care and long-term effects (Galea, Enggist, Udesen & Møller, 2014). In Belgium, this link is currently missing and is even under more pressure after the closing of the CRPs. International examples, who focus strongly on peer support or experts by experience, can offer inspiration for the implementation of aftercare to support detainees with their reintegration and rehabilitation in the community.

## References

- Antoine, J., De Ridder, K., Plettinckx, E., Blanckaert, P., & Gremeaux, L. (2016). Treatment for substance use disorders: the Belgian Treatment Demand Indicator registration protocol. *Archives of Public Health*, 74(1), 27.
- Bagnall, A. M., South, J., Hulme, C., Woodall, J., Vinall-Collier, K., Raine, G., ... & Wright, N. M. (2015). A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of peer education and peer support in prisons. *BMC public health*, 15(1), 1.
- Beck, A., Heinz, A.J., Heinz, A. (2014). Translational clinical neuroscience perspectives on the cognitive and neurobiological mechanisms underlying alcohol-related aggression. *Curr. Top. Behav. Neurosci.* 17, 443-474.
- Belenko, S. (2006). Assessing released inmates for substance-abuse-related service needs. *Crime & Delinquency*, 52(1), 94-113. doi:10.1177/0011128705281755
- Belenko, S., Hiller, M. & Hamilton, L. (2013). Treating Substance Use Disorders in the Criminal Justice System. *Current Psychiatry Reports*, 15(11). doi:10.1007/s11920-013-0414-z
- Brosens, D., De Donder, L., Dury, S., & Verté, D. (2015). Barriers to participation in vocational orientation programmes among prisoners. *Journal of Prison Education and Reentry*, 2(2), 4-18.
- Cartier, J., Farabee, D. & Prendergast, M. L. (2006). Methamphetamine use, self-reported violent crime, and recidivism among offenders in California who abuse substances. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(4), 435-445. doi:10.1177/0886260505285724
- Chang, Z., Lichtenstein, P., Larsson, H., & Fazel, S. (2015). Substance use disorders, psychiatric disorders, and mortality after release from prison: a nationwide longitudinal cohort study. *The Lancet Psychiatry*, 2(5), 422-430.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Colman, C., Vander Laenen, F., & De Ruyver, B. (2010). De samenwerking tussen justitie en de (drug)hulpverlening, Randvoorwaarden voor een optimale interactie. In L. Pauwels & G. Vermeulen (eds.), *Actualia Strafrecht en Criminologie 2010* (Reeks Gandaius), Update in de Criminologie (pp. 313-342). Antwerpen: Maklu.
- Cox, K. (2013). *The effectiveness of alcohol and drug treatment among the incarcerated population* (Doctoral dissertation, uniwiien).
- Dekkers, A., & Vanderplasschen, W. (2013). De inhoud van de hulpverleningsplannen en het verloop van de DBK-trajecten van Gentse DBK-cliënten. *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*, 91-118.
- Dennis, M. L., Scott, C. K., & Laudet, A. (2014). Beyond Bricks and Mortar: Recent Research on Substance Use Disorder Recovery Management. *Current Psychiatry Reports*, 16(4), 1-7.
- De Pauw, M., De Valck, S. & Vander Laenen, F. (2009). Drugs in de gevangenis. Kwalitatief onderzoek bij gedetineerden in de gevangenis van Gent. *Fatik*, 27(124), 21-27.



- De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F. & Sohier, C. (2007). Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers. Gent: Academia Press.
- De Wilde, J., Soye, V., Vandeveld, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). Usage de drogue et psychopathologie dans les prisons: une etude exploratoire pour le developpement d'une methodologie. Academia Press
- De Wree, E., De Ruyver, B. & Pauwels, L. (2009). Criminal justice responses to drug offences: Recidivism following the application of alternative sanctions in Belgium. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 6, 550-560.
- De Wree, E., Pauwels, L., Colman, C. & De Ruyver, B. (2009). Alternative sanctions for drug users: fruitless efforts or miracle solution? *Crime, Law and Social Change*, 52, 513-525.
- Durcan, G. (2008). From the inside. Experiences of prison mental health care. *London: Centre for Mental Health*. 1-78.
- EMCDDA. (2001). *An overview study: assistance to drug users in European Union prisons. EMCDDA Scientific Report, 2001*, 1-32.
- EMCDDA. (2012). *Prison and drugs in Europe: The problem and responses*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Erp, N., Boertien, D., Scholtens, G. & Rooijen, S. (2011). *Ervaringsdeskundigheid en herstelondersteuning*. Utrecht: Trimbos-instituut/Kenniscentrum Phrenos.
- Evans, E., Li, L., & Hser, Y. I. (2009). Client and program factors associated with dropout from court mandated drug treatment. *Evaluation and program planning*, 32(3), 204-212.
- Favril, L. & Vander Laenen, F. (2013). Een geïntegreerd drugsbeleid in de gevangenis: zorgen voor morgen. *Fatik*, 31(140), 15-20.
- Fazel, S., Bains, P. & Doll, H. (2006). Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101(2), 181-191. doi:10.1111/j.1360-0443.2006.01316.x
- Fazel, S. & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and metaregression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373.
- Federale Overheidsdienst Justitie (2015). Jaarverslag 2014. Directoraat-generaal penitentiaire inrichtingen. Verkregen op 30 augustus, 2016, via <http://justitie.belgium.be/sites/default/files/downloads/BAT%20NL%202014.pdf>
- Federale Overheidsdienst Justitie (2016). Justitie in cijfers. Verkregen op 30 september, 2016, via [http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie\\_in\\_cijfers](http://justitie.belgium.be/nl/informatie/statistieken/justitie_in_cijfers)
- Galassi, A., Mpofu, E. & Athanasou, J. (2015). Therapeutic Community Treatment of an Inmate Population with Substance Use Disorders: Post-Release Trends in Re-Arrest, Re-Incarceration, and Drug Misuse Relapse. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(6), 7059-7072.
- Galea, G., Enggist, S., Udesen, C., & Møller, L. (2014). *Prisons and Health. World Health Organization. Regional Office for Europe*. 1-207.

- Gossop, M., Trakada, K., Stewart, D. & Witton, J. (2005). Reductions in criminal convictions after addiction treatment: 5-year follow-up. *Drug and Alcohol Dependence*, 79, 295-302.
- Hall, J.A., Carswell, C., Walsh, E., Huber, D.L., & Jampoler, J.S. (2002). Iowa case management: Innovative social casework. *Social Work*, 47(2), 132-141.
- Humphreys, K., & Lembke, A. (2014). Recovery-oriented policy and care systems in the UK and USA. *Drug and alcohol review*, 33(1), 13-18.
- Jaffe, M. (2012). *Peer support and seeking help in prison: a study of the Listener scheme in four prisons in England* (Doctoral dissertation, Keele University).
- Kazadi Tshikala, T. & Vander Laenen, F. (2015). Het Belgisch penitentiair drugsbeleid : sleutelfiguren uit de top van de administratie kijken aan het woord. *Fatik* (146), 16-20.
- Lloyd, C., Russell, C., & Liebling, A. (2014). Evaluation of the Drug Recovery Wing Pilots: Scoping and Feasibility Report.
- MacDonald, M., Weilandt, C., Popov, I., Joost, K., Alijev, L., Berto, D. & Parausanu, E. (2012). *Throughcare for prisoners with problematic drug use: a toolkit*. Birmingham: Birmingham City University.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2012). Barriers to implementing throughcare for problematic drug users in European prisons. *International Journal of Prisoner Health*, 8(2), 68-84.
- MacDonald, M., Williams, J. & Kane, D. (2013). Throughcare for prisoners with problematic drug use: a European perspective. *EuroVista*, 2.3, 144-153.
- McCloskey, M.S., Berman, M.E., Echevarria, D.J., Coccaro, E.F. (2009). Effects of acute alcohol intoxication and paroxetine on aggression in men. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 33, 581-590.
- Memorandum Zorg en Detentie (2014). Naar een volwaardig gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België memorandum. Reflectiegroep «zorg en detentie» 25 juli 2014. Verkregen op 23 september, 2016, via <http://docplayer.nl/11509693-Naar-een-volwaardige-gezondheidszorg-voor-gedetineerden-en-geïnterneerden-in-belgie-memorandum-reflectiegroep-zorg-en-detentie-25-juli-2014.html>
- Mine, B., Robert, L. & Maes, E. (2015). Soulever un coin du voile sur la récidive en Belgique. La prévalence de la récidive à partir des données du Casier judiciaire central. *Revue de droit pénal et de criminologie*, 6, 620-650.
- Noppe, J., Hemmerechts, K., Pauwels, L., Verhage, A. & Easton, M. (2011). De oude fout in beeld? Naar een lokale recidivemonitor voor de stad Antwerpen. Antwerpen-Apeldoorn: Maklu.
- Permanente Coördinatie Algemene Cel Drugsbeleid (2010). Een globaal en geïntegreerd drugsbeleid voor België. *Gemeenschappelijke Verklaring van de Interministeriële Conferentie Drugs*. IMCDRUGS 2010, V.A.1, 1-89.
- Polfliet, K., Vander Laenen, F., & Roose, R. (2012). Het beleid van de Vlaamse Gemeenschap inzake forensisch welzijnswerk. In R. Roose, F. Vander Laenen, I. Aertsen, & L. Van Garsse (Eds.), *Handboek forensisch welzijnswerk. Ontwikkeling, beleid, organisatie & praktijk* (pp. 105-119). Gent: Academia Press.

- Powis, B., Walton, C., & Randhawa, K. (2014). Drug Recovery Wings Set Up, Delivery and Lessons Learned: Process Study of First Tranche DRW Pilot Sites. *London: Ministry of Justice*.
- Rapp, R. C., Van Den Noortgate, W., Broekaert, E., & Vanderplasschen, W. (2014). The efficacy of case management with persons who have substance abuse problems: A three-level meta-analysis of outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(4), 605.
- Rich, J. D., McKenzie, M., Larney, S., Wong, J. B., Tran, L., Clarke, J., ... & Zaller, N. (2015). Methadone continuation versus forced withdrawal on incarceration in a combined US prison and jail: a randomised, open-label trial. *The Lancet*, 386(9991), 350-359.
- Robert, L., Mine, B., Maes, E. (2015). Recidive na een rechterlijke beslissing. De eerste nationale cijfers over recidiveprevalentie op basis van het Centraal Strafreregister. *Panopticon*, 36(3), 173-189.
- Rutherford, M. & Duggan, S. (2009). Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123(6), 415-418. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.006
- Schiltz, J., Van Malderen, S. & Vanderplasschen, W. (2015). Access to health care and harm reduction in Belgian prisons (PRIDE Europe – Belgium) (niet-gepubliceerd onderzoeksrapport). Gent: Universiteit Gent, Vakgroep Orthopedagogiek.
- Snacken, S. (2015). Punishment, legitimate policies and values: Penal moderation, dignity and human rights. *Punishment & Society*, 17(3), 397-423.
- Soyez, V., De Wilde, J., Vander Beken, T., Broekaert, E., Vandeveld, S., Guillaume, R., Dumortier, E. & Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling*. Academia Press.
- Statistics Belgium (2015). Gevangenisbevolking. Verkregen op 28 september, 2016, via <http://statbel.fgov.be/nl/statistiek/cijfers/bevolking/andere/gevangenen/>
- Steadman, H. J., & Veysey, B. M. (1997). *Providing services for jail inmates with mental disorders*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Stöver, H. (2006). HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response.
- Stöver, H., Weilandt, C., Zurhold, H., Hartwig, C. & Thane, K. (2008). Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners. *Bonn: Wissenschaftliches Institut der Ärzte Deutschlands gem. ev. V.(WIAD)*.
- Torrens, M., & Ruiz, V. J. C. (2015). 3.1 Historical Steps and Recent Developments of Drug Laws in Spain. *Treatment versus Punishment for Drug Addiction: Lessons from Austria, Poland, and Spain*, 25.
- United Nations General Assembly (2016). Our joint commitment to effectively addressing and countering the world drug problem (UNGASS outcome document). *General Assembly*, 13, 1-24.

- UNODC. (2008). *Drug dependence treatment: Interventions for drug users in prison*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.
- Vandeveldel, S., De Maeyer, J., De Ruysscher, C., Bryssinck, D., Meesen, D., Vanderstraeten, J. & Broekaert, E. (2015). Villa Voortman: Carte blanche or not ? *Therapeutic Communities*, 36 (2): 62–73
- Van der Straete, I. & Put, J. (2005). Beroepsgeheim en hulpverlening in Welzijn - Welzijnsrecht. Brugge: die Keure.
- Vander Laenen, F. (2013). Beroepsgeheim van hulpverleners in de relatie met justitie: een geïnformeerde hulpverlener is er twee waard. *Omgaan met beroepsgeheim*, 39-62.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Smet, V., De Maeyer, J., Buckinx, M., Van Audenhove, S., ... & De Ruyver, B. (2013). *Analysis and optimization of substitution treatment in Belgium (SUBANOP)*. Academia Press.
- Vander Laenen, F. (2015a). Memorandum: naar een volwaardige gezondheidszorg voor gedetineerden en geïnterneerden in België. *FATIK*, 31(145), 28-30.
- Vander Laenen, F. (2015b). Forensisch welzijnswerk voor geïnterneerden. *Internering: nieuwe interneringswet en organisatie van de zorg*, 211-225.
- Vander Laenen, F. (2016). De communautarisering van de drughulpverlening: herstel centraal. *Panopticon*, 37(4), 275.
- Vander Laenen, F., & Stas, K. (2015). Het beroepsgeheim van hulpverleners in de forensische geestelijke gezondheidszorg. *Handboek forensische gedragswetenschappen*, 125-152.
- Vander Laenen, F., & Vanderplasschen, W. (2012). Samenwerking justitie en hulpverlening. In J. Dangreau, L. Deben, K. De Greve, L. Delbrouck, H. De Waele, M.-C. Lambrechts, J. Meese, I. Plets, I. Rogiers, A. Serlippens, L. Van Besien, F. Vander Laenen, W. Vanderplasschen, F. Van Hende, E. Van Lishout, S. Van Malderen & W. Van Steenbrugge (eds.), *Wet en duiding: drugswetgeving 2012* (pp. 15-27). Brussel: Larcier.
- Vander Laenen, F., Vanderplasschen, W., Wittouck, C., Dekkers, A., De Ruyver, B., De Keulenaer, S., & Thomaes, S. (2013). *Het pilootproject drugbehandelingskamer te Gent: een uitkomstenevaluatie*. Academia Press.
- Vanderplasschen, W., Cogels, S., Baudoncq, B., Stevens, L., De Maeyer, J., Rapp, R., Bruffaerts, R., Van Hal, G., & Demyttenaere, K. (2011). Crisisopvang voor middelengebruikers in België: een formele evaluatie en aanbevelingen voor een duurzaam beleid = La prise en charge de crise des assuétudes en Belgique: une évaluation formelle et recommandations pour une politique durable. In *Wetenschap en Maatschappij*. 127-190.
- Vanderplasschen, W., Rapp, R.C., Wolf, J., & Broekaert, E. (2004). The development and implementation of case management for substance use disorders in North America and Europe. *Psychiatric Services*, 55(8), 913-922.
- Vanderplasschen, W., Wolf, J., & Colpaert, K. (2004). Effectiviteit van casemanagement voor druggebruikers. W. Buisman ea (eds.), *Handboek Verslaving: hulpverlening, preventie en beleid*, 1-34.

- Vanhex, M., Vandevelde, D., Stas, L. & Vander Laenen, F. (2014). Re-integratie van problematische druggebruikers tijdens en na detentie, aanbevelingen voor beleidsmakers. *Fatik*, 31(143), 19-22.
- Van Luchene, J. (2013). *Jaarverslag Hulp- en dienstverlening aan gedetineerden penitentiair landbouwcentrum Ruiselede*, 2012, 1-36.
- Van Malderen, S. (Producer). (2012). *Drugs in de gevangenissen: Een blik op het penitentiair drugbeleid [Powerpoint Slides]*. Verkregen op 26 augustus, 2016, via <http://www.dekiem.be/documents/tekst/PL4Vanmalderen.pdf>
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Limburg vzw. (2016). *Jaarverslag 2015*. Verkregen op 1 september, 2016, via [http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag\\_2015.pdf](http://www.vggz.be/uploads/assets/Jaarverslag/Jaarverslag_2015.pdf)
- Vlaams minister voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2016). *Reactie Jo Vandeurzen op berichtgeving over CAP*. Verkregen op 4 oktober, 2016, via <http://www.jovandeurzen.be/nl/reactie-jo-vandeurzen-op-berichtgeving-over-cap>
- Vlaamse overheid (2013). Groenboek zesde staatshervorming, Deel 2: gezondheidszorg, ouderenzorg en hulp aan personen. Brussel. Gedownload op 10 januari 2016, van <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/groenboek-zesde-staatshervorming>.
- Weerman, A. (2013). Inzet en waardering van ex-verslaafde medewerkers in de verslavingszorg. *Verslaving*, 9(3), 52-66.
- Wetenschappelijk instituut volksgezondheid (2016). Belgian Treatment Demand Indicator Register (BTDIR). Belgisch register van behandelingsaanvragen betreffende drugs en alcohol. Verkregen op 3 oktober, 2016, via <https://workspaces.wiv-isp.be/tdi/default.aspx>
- Wexler, H. K. & Prendergast, M. L. (2010). Therapeutic communities in United States' prisons: effectiveness and challenges *Therapeutic Communities*, 31(2), 157-175.
- Winters, K. & Zenilman, J. (1994). Simple screening instrument for outreach for alcohol and other drug abuse and infectious diseases (Vol. 11 Publication number SMA 02-3683). Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment: US Department of Health and Human Services (SAMHSA).